Nr. 14. 8. kwietnia 1923 Rok II.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Dr. J. LEYBERG i Dr. A. STARZYŃSKI. Łódź.

Powikłania ze strony układu nerwowego przy kile wczesnej w związku z płynem mózgowo-rdzeniowym.

Ze szpitala wojsk. Nr. 2 (wenerycznego) w Łodzi i z państwowego Zakładu Epidemjologicznego. (Kierownik Prof. Dr. Fr. Venulet).

Do cennych zdobyczy syfilidologji lat ostatnich należy ustalenie zasady, że zakażenie układu nerwowego może przebiegać długie lata bez żadnych objawów klinicznych i daje się wówczas wykryć li tylko drogą badania płynu mózgowo-rdzeniowego.

Pomijając rzadsze przypadki, w których zarazek kiłowy dostaje się prawdopodobnie bezpośrednio do układu nerwowego wzdłuż szczelin chłonnych, towarzyszących zakończeniom nerwowym w obrębie miejsca pierwotnie zakażonego (podobnie jak przy tężcu i wodowstręcie), zwykle krętek blady dostaje się do układu nerwowego drogą krwiobiegu przy ogólnem rozsianiu się po tkankach ustroju.

Inwazja i infekcja. Teoretycznie należałoby przyjąć, że w okresie rozsiania się krętek blady w każdym przypadku dostaje się, między innemi, także do opon miękkich mózgu i rdzenia; o ile jednak wtargnięcie zarazka do opon miękkich *(invasio)* uważalibyśmy za identyczne z zakażeniem ich *(infectio)*, wówczas we wszystkich przypadkach kiły wczesnej nieleczonej musielibyśmy otrzymać, jako odczyn oponowy, płyn mózgowo-rdzeniowy patologiczny. Jednak ani klinika, ani anatomja patologiczna nie wskazują na tego rodzaju zakażenie w każdym przypadku kiły wczesnej. Po bliższem rozpatrzeniu prac poświęconych tej sprawie okazuje się, że, obok stosunkowo wielkiej ilości wczesnych chorych kiłowych z płynem patologicznym, stwierdza się nie mniejszą ilość z płynem prawidłowym. Również doświadczalne badania nad kiłą wczesną Jakoba i Weygandta wykazały tylko 50% zmian anatomo-patologicznych w układzie nerwowym, a w badaniach Steinera tylko $^1/_3$ przypadków wykazywała zmiany zapalne oponowe w mózgu i rdzeniu.

Niektórzy badacze (Delbanco, Gennerich, Hoffmann, Steiner i Mulcer) stwierdzali wprawdzie we wczesnej kile w płynie mózgowo-rdzeniowym krętki blade i otrzymywali dodatnie wyniki szczepienia tym płynem mimo to, że płyn mózgowo-rdzeniowy w tych przypadkach nie wykazywał odczynów chorobowych. Zjawisko to jednak można sobie wytłómaczyć saprofityczną rolą krętka bladego, który, nie będąc w stanie zaatakować podłoża, na które się dostał, po krótszym lub dłuższym czasie prawdopodobnie ginie samoistnie.

Dla kiłowego zakażenia opon miękkich, którego wyrazem jest płyn patologiczny, oprócz samego zarazka, niezbędny jest jeszcze inny bliżej nam nieznany czynnik. Nie wchodzimy tutaj w rozważanie pytania, czy tym czynnikiem jest specjalny neurotropny szczep zarazka *(Syphilis à virus nerveux)*, czy też biologiczne własności samej tkanki zaatakowanej (podatność terenu), sprzyjające utrwaleniu się w niej zarazka w mniejszej lub większej zależności od warunków z zewnątrz działających.

Pragniemy natomiast podkreślić fakt, że kiłowe zakażenie opon, które jest punktem wyjścia późniejszych schorzeń układu nerwowego, ma miejsce tylko w pewnej ilości przypadków i że przypadki te dają się wykryć już w okresie kiły wczesnej przez badanie płynu mózgowo-rdzeniowego.

Meningo- i neurorecydywy. W pewnych warunkach dowiadujemy się o zakażeniu układu nerwowego przy wczesnej kile dzięki salwarsanowi: najczęściej w tych razach, gdy leczenie jest niesystematyczne, dorywcze, gdy podaje się małe dawki w sposób przewlekły, następują porażenia nerwów mózgowych, powstają tak zwane neurorecydywy lub podrażnienia opon mózgu i rdzenia, jako tak zwane meningorecydywy. W okresie, poprzedzającym kliniczny wybuch tych objawów, zgodnie z naszemi spostrzeżeniami, odczyn Wa w surowicy jest bardzo często ujemny. Według teorji Gennericha pomiędzy stanem kiłowej allergji tkanek organizmu (odczyn Wa w surowicy) a oponowym wyrazem zakażenia układu nerwowego (płyn mózgowo-rdzeniowy) istnieje pewien związek w tem znaczeniu, że w miarę osłabienia ogólnej syfilizacji ustroju pod wpływem salwarsanu wzmaga się dążność rozszerzania się zarazka w obrębie układu nerwowego, ponieważ dostęp leczniczy drogą krwi do zakażonych ognisk oponowych jest znikomo mały w stosunku do innych, obficie unaczynionych narządów. W tej »prowokacji terapeutycznej« Gennerich dopatruje się głównej przyczyny meningo-neurorecydyw, jak wogóle kiły nerwowej. Objawy jednak nerwowe w przebiegu już najwcześniejszych okresów kiły dotąd nieleczonej, które omówimy niżej, świadczą o tem, że kiła nerwowa może powstać także niezależnie od leczenia. Dlatego też określenie »recydywy nerwowe« należy, zdaniem naszem, zarezerwować tylko dla właściwych nawrotów kiły w obrębie układu nerwowego i odróżniać przytem dwie postacie: 1. właściwe meningo-neurorecydywy, tj. kiłowe podrażnienie opon i objawy wypadowe ze strony nerwów mózgowych, przypadające na okres nawrotów wczesnej kiły u chorych dotąd nieleczonych i 2. meningo-neurorecydywy posalwarsanowe, znajdujące się w pośrednim przyczynowym związku z salwarsanem. Nawrotów tych nie należy utożsamiać z salwarsanowem zatruciem mózgu. Zatrucie mózgu salwarsanem *(Salvarsanencephalitis, Encephalitis haemorrhagica)* występuje najpóźniej w 2—3 dni po wlewaniu (w 2-ch spostrzeganych przez nas przypadkach przy drugiem leczeniu salwarsanowem już po pierwszej dawce!) przy objawach drgawek padaczkowatych z utratą przytomności i śpiączką i jest zawsze śmiertelne; meningo-recydywa natomiast występuje dopiero w kilka tygodni po ostatniem zastosowaniu salwarsanu i, choć w cięższych przypadkach może wywołać objawy, podobne do zatrucia mózgu, to jednak, w porę rozpoznana daje się, jak nas przekonały własne przypadki, usunąć przez zastosowanie maksymalnych dawek salwarsanu. Meningo-recydywa jest bowiem wyrazem klinicznym oponowego odczynu Herxheimera, którego przebieg w ten sposób można skrócić (Gennerich). Każdą meningo-recydywę wyprzedzają odczyny patologiczne w płynie mózgowo-rdzeniowym (bardzo często przy ujemnym odczynie Wa w surowicy), świadczące o tem, że przed wybuchem klinicznych objawów istniało już utajone zakażenie opon. Że odczyn Herxheimera objawia się nie jak na skórze zaraz po zabiegu, lecz dopiero po kilku tygodniach, objaśniamy sobie to różnicą w czasie, jaka zachodzi pomiędzy odczynem skóry i opon przy zakażeniu ogólnem. Badania bowiem płynu mózgowo-rdzeniowego w różnych okresach wczesnej kiły zdają się wskazywać na to, że, mimo równoczesnego zaatakowania skóry i opon, zmiany anatomiczne w oponach wytwarzają się znacznie wolniej i później, niż na skórze, skoro w tym samym czasie, kiedy skóra daje wyraźny odczyn w postaci uogólnionej wysypki, w oponach odczyny swoiste dopiero się zaczynają wytwarzać (w płynie dominuje tylko odczyn komórkowy!), a występują w całej pełni dopiero wówczas, kiedy już znikły objawy na skórze, względnie, kiedy widzi się na niej wykwity o charakterze nawrotów miejscowych (Leyberg). Jeżeli uwzględnimy przytem wybiórcze powinowactwo salwarsanu do tkanki kiłowo nacieczonej i zdolność salwarsanu zatrzymywania się w takiej tkance przez czas dłuższy, łatwo jest sobie wyobrazić, że najsilniejsze zetknięcie się salwarsanu z tkanką swoiście

nacieczoną, którego klinicznym wyrazem jest odczyn Herxheimera, przypadnie na okres, kiedy opona miękka jest najbardziej nacieczona, a wyrazem tego są zmiany w płynie w postaci wszystkich już zupełnie wyrażonych odczynów patologicznych; wypada to na czas okresów nawrotów miejscowych, kiedy istotnie meningo-neurorecydywy występują najczęściej.

Fakt, że neuro-meningorecydywy posalwarsanowe występują najczęściej po stosowaniu małych dawek, jesteśmy skłonni tłómaczyć utrudnionemi warunkami przedostawania się salwarsanu ze krwi do płynu. Badania nasze nad zawartością salwarsanu w płynie mózgowo-rdzeniowym po wlewaniach dożylnych w przypadkach z płynem patologicznym dowodzą dotychczas niezbicie jednej rzeczy, a mianowicie, że nawet przy stosowaniu maksymalnych dawek (0,9 Neosalwarsanu) salwarsan dostaje się do płynu w znikomo małych, ledwo wykrywalnych ilościach. Nie jest wobec tego nieprawdopodobne, że dawki znacznie mniejsze dostają się do płynu w tak minimalnych ilościach, iż mogą mu nadawać własności raczej znakomitej pożywki dla krętków kiłowych, niż działać w kierunku bakterjobójczym. Dla poparcia faktu, że środek bakterjobójczy, zależnie od koncentracji, może stać się pożywką, wystarczy przytoczyć, jako przykład, sublimat, który w rozcieńczeniu 1:300.000 jest jeszcze trucizną protoplazmatyczną, podczas gdy w rozcieńczeniu 1:700.000 wyraźnie sprzyja wegetacji bardzo wielu bakteryj i pierwotniaków i znakomicie np. wzmaga fermentacyjną zdolność grzybków drożdżowych (H. Schulz).

W pracy niniejszej wybraliśmy z ogólnej ilości 380 przypadków kiły od najwcześniejszych okresów choroby do końca 5-go roku po zakażeniu przypadki, wykazujące ze strony układu nerwowego zmiany podmiotowe i przedmiotowe i postawiliśmy sobie za cel zbadanie: jak zachowuje się surowica i płyn mózgowo-rdzeniowy przed leczeniem, jakim przeobrażeniom ulega w ciągu lub po leczeniu swoistem, jak również, czy i jakim zmianom ulegają przytem poprzednio stwierdzone objawy ze strony układu nerwowego.

Przypadków takich mieliśmy 40:

I.	Objawy ze strony narządu wzrokowego	16 przyp.
II.	„ „ „ słuchowego	3 „ + 3
III.	Porażenia nerwu twarzowego	4 „
IV.	Objawy ze strony opon mózgu i samego mózgu	8 „
V.	„ „ „ opon rdzenia i samego rdzenia	9 „
		40 przyp.

Częstość wczesnej kiły układu nerwowego. Chcąc porównać nasze wyniki co do częstości występowania objawów klinicznych ze strony układu nerwowego przy wczesnej kile z wynikami prac pokrewnych, musielibyśmy przedewszystkiem uzgodnić jakość materjału klinicznego; w dostępnem nam bowiem piśmiennictwie, poświęconem omawianej sprawie (prace Hauptmana i Fleischmanna), mamy zupełnie inne ujęcie materjału klinicznego.

Uzgadniając materjał kliniczny, otrzymamy następujące zestawienie:

1. Kiła II z objawami skórnemi, niedostatecznie leczona:

Hauptmann	— 35 przypadków,	z tego 7 nerw.	tj. 20%
Nasze	— 82 „	„ 3 „	„ 3,6%

2. Kiła II bez objawów skórnych, niedostatecznie leczona, dodatni odczyn Wa w surowicy:

Hauptmann	— 24 przypadki,	z tego 7 nerw.	tj. 29%
Nasze	— 63 „	„ 21 „	„ 35%

3. Kiła II bez objawów skórnych, niedostatecznie leczona, ujemny odczyn Wa w surowicy:

Hauptmann	— 32 przypadki,	z tego 3 nerw.	tj. 9,4%
Nasze	— 51 „	„ 6 „	„ 12%

W przytoczonem zestawieniu uderza rozbieżność wyników Hauptmanna i naszych, otrzymanych co do ilości przypadków nerwowych w okresie kiły II z objawami skórnemi. Sprawa ta wiąże się poniekąd z zagadnieniem, tyczącem się związku wysypki kiłowej lub jej braku ze zmianami w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Badania Leyberga, przeprowadzone w tym kierunku, które wykazały, iż na 123 przypadki kiły wczesnej bez objawów nerwowych skórnych było 54 z patologicznym płynem mózgowo-rdzeniowym, tj. 43,9%, a na 85 przypadków bez objawów nerwowych, lecz z objawami na skórze, płyn był 38 razy patologiczny tj. w 44,7%, nie przychylają się do poglądu, przyjmującego zależność zmian w płynie mózgowo-rdzeniowym od wysypki kiłowej lub od jej braku.

Jednak ta znacznie większa ilość przypadków klinicznej kiły nerwowej, otrzymana przez nas w kile wczesnej bez objawów w porównaniu z przypadkami nerwowemi z objawami skórnemi, a wyrażająca się u nas stosunkiem 35 względnie 12:3,6, zdawałaby się przemawiać za tem, iż kiła nerwowa, objawiająca się klinicznie, częściej powstaje przy braku objawów skórnych.

Fleischmann ujął swój materjał w inny sposób. Uzgadniając, jak poprzednio, nasz materjał z materjałem tego autora, otrzymamy następujące wyniki:

W 27 przypadkach kiły I z ujemnym odczynem Wa w surowicy i takichże 26 naszych nie stwierdzono żadnego przypadku z przedmiotowemi zmianami nerwowemi. Na 39 przypadków kiły I-II z dodatnim odczynem Wa w surowicy Fleischmann nie otrzymał ani jednego z klinicznemi objawami nerwowemi, podmiotowe zaś objawy w 3,7% przypadków, nasze natomiast badania wykazują, iż już w tak wczesnym okresie kiły mogą być wyraźne objawy kliniczne ze strony układu nerwowego, jak o tem świadczy niżej przytoczony przypadek ostrego zapalenia opon mózgowych z tego okresu. Jeżeli do tego dołączymy okres kiły I-II już z pierwszemi objawami wysypki, otrzymamy w tym wczesnym okresie kiły (2 miesiące po zakażeniu) jeszcze 2 przypadki nerwowe. Z tego powodu zgodzić się nie możemy ze stanowiskiem Fleischmanna, iż w okresie kiły I lub I-II nie spostrzega się klinicznych zmian nerwowych.

Na 165 przypadków kiły II, leczonych i nieleczonych, otrzymał Fleischmann w 4% zmiany ze strony układu nerwowego; myśmy na 280 przypadków tej samej kategorji otrzymali w 11,4% zmiany w układzie nerwowym.

Porównanie przytoczonych prac Hauptmanna i Fleischmanna, po uzgodnieniu materjału klinicznego z naszemi przypadkami, dowodzi, iż wyprowadzanie wniosków co do częstości występowania klinicznych objawów ze strony układu nerwowego we wczesnej kile ma wartość bardzo względną, skoro nawet przy uzgodnieniu materjału klinicznego wyniki badań mogą znacznie różnić się od siebie. To samo, co widzi się przy rozważaniu pytania, jak często przy wczesnej kile płyn mózgowo-rdzeniowy jest patologiczny (różnica waha się w wielkich granicach!), powtarza się i tutaj. Dla nas jednak wystarcza sam fakt, aby go podkreślić, że już we wczesnych okresach kiły w pewnej ilości przypadków stwierdza się nietylko patologiczny płyn mózgowo-rdzeniowy, ale także powikłania nerwowe, dostrzegalne klinicznie.

Źrenice. Bardzo ważnym objawem klinicznym we wczesnej kile, wskazującym na zaatakowanie układu nerwowego, mogą być zaburzenia źrenic. O fakcie tym, a tem samem o konieczności zwracania dokładnej uwagi na stan źrenic w każdym przypadku wczesnej kiły, należy pamiętać tembardziej, iż zachowanie się źrenic było dotychczas uwzględniane tylko w przypadkach kiły późnej, jako jeden z najwcześniejszych objawów cierpień »metaluetycznych« zwłaszcza wiądu rdzenia. Że już w okresie wczesnej kiły zaburzenia źrenic mogą być pochodzenia swoistego, dowodzi zachowanie się płynu mózgowo-rdzeniowego w naszych 9 przypadkach, w których, jako jedyny objaw przedmiotowy, dostrzegliśmy anomalje źrenic, bądź to w postaci nierówności, bądź to w postaci osłabionego oddziaływania na światło, przy wykluczeniu innych przyczyn, któreby nam mogły tę zmianę wytłómaczyć. Musieliśmy bowiem wziąć pod uwagę, iż nierówność źrenic zdarza się w rzadkich przypadkach (według Uhthoffa w 2%) i u ludzi zresztą zdrowych, lecz z wadliwą i różną na obu oczach łamliwością, przy stałem używaniu bromu (*mydriasis*) lub morfiny (*myosis*); osłabienie zaś względnie zniesienie odruchów źrenicznych stwierdzono również po urazach gałki ocznej wskutek uszko-

dzenia nerwu okoruchowego i nerwów rzęskowych (Axenfeld), po ranach postrzałowych szyi i głowy (Roehmfeld) oraz, w rzadkich przypadkach, jako pozostałości po *encephalitis lethargica* (Nonne, Dreyfus).

Co się tyczy techniki badania źrenic, to, zwłaszcza w przypadkach wczesnej kiły, w których anomalje mogą być bardzo subtelnej natury i niełatwo dostrzegalne, musi się wielokrotnie powtarzać badanie, uwzględniając porównawczo, obok wielkości i postaci źrenic każdego oka, oddzielnie wszystkie odruchy (na światło, na zbieżność, akomodację i odruch konsensualny), przyczem pamiętać należy (Goldflam), iż nieznaczne osłabienie odruchowego zwężenia źrenicy występuje o wiele wyraźniej przy stosowaniu słabszego podrażnienia świetlnego, niż podrażnienia mocniejszego, jak również, że przy zwykle praktykowanej metodzie badania odruchów źrenicznych, przy pomocy kieszonkowej lampki elektrycznej, można nieraz nie wywołać odruchu (emocjonalne rozszerzenie źrenic przez przestrach wskutek nagłego oślepienia silnem światłem), podczas gdy źrenice, badane zaraz potem przy świetle dziennem, kurczą się zupełnie sprawnie (Oppenheim). Zaburzenia źrenicze w naszych 9 przypadkach przejawiły się jako nierówność źrenic we wszystkich przypadkach, w 5 przypadkach obok silnych bólów głowy (Nr. 1, 4, 5, 7, 9), w trzech przypadkach prócz nierówności stwierdziliśmy osłabienie oddziaływania na światło (Nr. 2, 8, 9), w dwóch oczopląs (Nr. 7, 8), w jednym zwężenie źrenic (Nr. 7), rozszerzenie źrenic (Nr. 8) i opadnięcie powieki górnej (Nr. 5). Przypadają one na okres kiły nawrotowej, podobnie jak większość objawów klinicznych nerwowych przy kile wczesnej.

Systematyczne spostrzeganie i kontrola płynu mózgowo-rdzeniowego w tych przypadkach, jak to ilustruje tablica I, uczą nas, że:

1. Ujemny odczyn Wa w surowicy otrzymany, w połowie przypadków anomalij źrenicznych, pomimo patologicznego płynu mózgowo-rdzeniowego, wskazuje na ważność i konieczność badania płynu tego w przypadkach nawet bardzo subtelnych zaburzeń źrenicznych przy kile wczesnej.

2. Płyn mózgowo-rdzeniowy w przypadkach swoistych zaburzeń źrenicznych we wczesnej kile wykazuje zawsze patologiczne zmiany: dwa lub. wszystkie trzy odczyny; odosobniony odczyn Wa w przyp. Nr. 4, 7, jak również odosobniony odczyn globulinowy (przyp. Nr. 8) należy uważać za pozostałość wszystkich patologicznych odczynów w płynie mózgowo-rdzeniowym.

3. Naogół płyn mózgowo-rdzeniowy po dokładnem leczeniu ulega poprawie (Nr. 1, 3, 9) lub zupełnemu oczyszczeniu (Nr. 2, 4, 6, 7, 8); we wszystkich trzech naszych przypadkach, w których nakłucie, wykonane zaraz po skończonem leczeniu, wykazało częściową (Nr. 9) lub wybitną poprawę (Nr. 1, 3), po pewnym czasie płyn staje się znowu patologiczny; jakkolwiek w pozostałych przypadkach płyn zupełnie oczyszczony po jednem leczeniu nadal pozostał normalny, to jednak zbyt szybkie oczyszczenie się płynu zaraz po pierwszem leczeniu nie może być uważane za miarodajne, ponieważ, jak nas przekonało badanie wpływu leczenia na płyn patologiczny, płyn oczyszczony po skończeniu pierwszego leczenia zwykle okazywał dążność do nawrotów w 6—8 tygodni po ukończeniu leczenia, a dążność ta była tem wyraźniejsza i nawroty tem uporczywsze, im przypadek był starszy i zmiany w płynie poważniejsze.

4. Zaburzenia źrenicze w naszych przypadkach pozostawały przeważnie bez zmiany, pomimo energicznego leczenia i niezależnie od tego, czy nastąpiło oczyszczenie się płynu mózgowo-rdzeniowego, czy też nie. W tych przypadkach, w których płyn mózgowo-rdzeniowy kilkakrotnie kontrolowany nie wykazuje żadnych zmian patologicznych, utrzymującą się anomalję źrenic należy prawdopodobnie uważać za resztki zagojonego procesu czynnego, analogicznie do nierówności źrenic w późnej kile przy normalnym płynie mózgowo-rdzeniowym (Nonne, Dreyfus).

Ostatnia praca Dreyfusa o rokowaniu przy odosobnionych zaburzeniach źrenicznych pochodzenia kiłowego, oparta na materjale 107 przypadków zaburzeń źrenicznych, spostrzeganych w ciągu 11 lat, dowodzi, iż z rodzaju zaburzeń źrenic nie można przewidzieć dalszego losu chorego kiłowego, gdyż najlżejsze zaburzenia źrenicze (nierówność źrenic z nieznacznem osłabieniem oddziaływania na światło) może poprzedzać porażenie postępujące i naodwrót najcięższe zaburzenia źrenicze (nieruchomość zwrotna lub absolutna) jest często dowodem przebytej kiły mózgu. Wnioski co do rokowania możemy wyciągnąć li tylko z zachowania się płynu mózgowo-rdzeniowego u osobników zupełnie lub dawno nieleczonych, mających t. zw. pierwotny płyn mózgowo-rdzeniowy dodatni *(primärliquorpositiv)*, lub ujemny *(primärliquornegativ)*. Według Dreyfusa chorzy nieleczeni z dodatnim odczynem Wa w płynie (t. zw. *primärliquorpositiv)*, mający odosobnione zaburzenia źrenic na tle kiły, prędzej lub później zapadają na postępującą kiłę mózgu lub rdzenia względnie na metakiłę. U chorych zaś nieleczonych, z ujemnym odczynem Wa w płynie (t. zw. *primärliquornegativ)*, kiła układu nerwowego jest w stanie spokoju, a zaburzenia źrenic mogą być uważane za ślady procesu niegdyś czynnego.

Narząd wzrokowy. Ścisły związek anatomiczny i fizjologiczny narządu wzrokowego z ośrodkowym układem nerwowym powoduje, że badanie płynu mózgowo-rdzeniowego przy schorzeniach narządu wzrokowego może dać cenne wyniki pod względem rozpoznawczym i różniczkowo-rozpoznawczym.

Dla dokładnego zorjentowania się co do udziału poszczególnych części narządu wzrokowego w kile w związku z odbiciem zmian chorobowych w płynie mózgowo-rdzeniowym należy zdać sobie sprawę, jakie warstwy narządu wzrokowego mają bezpośrednią styczność z płynem mózgowo-rdzeniowym, który, jak wiadomo, nie ma bezpośredniego zetknięcia z łożyskiem krwi, lecz odpływa drogą wybujałości pajęczynowych (granulationes Pacchioni), częściowo przez szczeliny chłonne nerwów mózgowo-rdzeniowych.

Powłoki oczne i aparat nerwowy oka. Oko jest w bezpośredniej styczności z płynem mózgowo-rdzeniowym tylko przez nerw wzrokowy i nerwy mięśni ocznych (Blatt). Z tego wynika, że przy schorzeniu kiłowem powłok ocznych (twardówka, rogówka, naczyniówka, tęczówka) należy spodziewać się płynu normalnego, a jeżeli w takich przypadkach płyn mózgowo-rdzeniowy jest patologiczny, to ma się do czynienia prócz tego z utajoną lub czynną sprawą chorobową w obrębie opon. I odwrotnie: np. zapalenie nerwu wzrokowego u osobnika z wczesną kiłą z płynem normalnym będzie wskazywało na miejscowy charakter tego cierpienia, chociażby ten chory miał jednocześnie kiłowe zapalenie np. naczyniówki lub tęczówki. Częstą zaś koincydencję zapalenia kiłowego tęczówki z płynem patologicznym tłómaczymy sobie tą okolicznością, iż zapalenie tęczówki stwierdza się z reguły w okresie wczesnych nawrotów kiły, kiedy również i płyn mózgowo-rdzeniowy najczęściej wykazuje zmiany patologiczne.

Zapalenie nerwu wzrokowego. W naszych przypadkach na 16 cierpień kiłowych narządu wzrokowego otrzymaliśmy 3 razy zapalenie nerwu wzrokowego.

Przyp. N. 12. Chory P., l. 28, 18 miesięcy od zakażenia bez objawów skórnych, nieleczony; rozpoznanie okul. (Dr. Szwejg): *neuritis optica, atrophia n. optici, h mianopsia*; bóle głowy. Krew: odczyn Wa ujemny; płyn m.-rdzen.: odczyn Wa ujemny, N. Ap. +, Pandy —, pleocyt. ++.

Przyp. N. 13. Chory St., l. 25, 3 lata od zakażenia, przed 2 laty leczony rtęcią, wówczas odczyn Wa w surowicy +++, otrzymał 2 Ns. + 8 Hg, po roku 6 Hg. Rozpozn. okul. (Dr. Szwejg): *opht. lmoplegia interna oc. utriusque praecipue sinistra, neuritis optica, ptosis, anisokoria.* Krew i płyn m.-rdzen. normalne.

Przyp. N. 28. Chory C., lat 25, 9 miesięcy po zakażeniu przeszedł 2 leczenia mieszane (Hg + Ns). Uporczywe bóle głowy, objawy ostrego zapalenia opon. Rozpoznanie okul. (Dr. Szwejg): Pole widzenia normalne, przekrwienie tarczy, *Papillitis.* Krew Wa i M ++++, Płyn: Wa 0,15 ++++, N. Ap. ++, Pl. +++.

Pomijając zmiany kiłowe w naczyniach nerwu wzrokowego, jako rzadkie w czystej postaci tj. bez jednoczesnego udziału opon, najczęstszą postacią schorzenia nerwu wzrokowego z punktu widzenia anatomicznego jest postać oponowa, rozpoczynająca się z opon u podstawy mózgu w okolicy skrzyżowania; krętki blade z podstawy mózgu dostają się do

przestrzeni podpajęczynowej nerwu wzrokowego lub do przestrzeni chłonnych pochewki nerwu i tam wywołują typowe okolonerwowe zmiany (Wilbrand).

Zaburzenia w przewodnictwie. Kliniczną podstawą schorzeń nerwu wzrokowego są zaburzenia w przewodnictwie nerwu, gdyż dopóki proces zapalny nie spowoduje zmian w przewodnictwie, dopóty takie schorzenie do nas nie dochodzi. Zaburzenia w przewodnictwie dają się wykryć, zależnie od umiejscowienia i natężenia procesu chorobowego, jako zwężenia obwodowych lub środkowej części pola widzenia, przyczem obraz wziernikowy może być patologiczny (przekrwienie lub zblednięcie tarczy), ale może być i zupełnie normalny (Igersheimer). Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego w przypadkach kiłowego schorzenia nerwu wzrokowego winno, jak powiedziano wyżej, zawsze dać wynik patologiczny, gdyż opona miękka nerwu wzrokowego nie tworzy przegrody dla płynu mózgowo-rdzeniowego, a między tkanką glejową nerwu wzrokowego i częścią łącznotkankową doprowadzającą limfę istnieje komunikacja (Blatt). Reaginy więc winny dostać się do płynu mózgowo-rdzeniowego w każdym przypadku kiłowego zapalenia nerwu wzrokowego, czy to w postaci oponowej, czy też, gdy proces kiłowy nagabuje pierwotnie włókna nerwu wzrokowego. O ile płyn mózgowo-rdzeniowy w przypadkach kiłowego zapalenia nerwu wzrokowego nie daje odczynu Wa, zjawisko to należy sobie wytłómaczyć zbyt małem ogniskiem chorobowem, gdzie ilość dostających się do płynu reagin jest niedostateczna, aby dać dodatni odczyn Wa, podczas gdy inne odczyny zdradzają swoisty charakter schorzenia (przyp. Nr. 12).

W przypadkach zaś zapalenia nerwu wzrokowego z płynem mózgowo-rdzeniowym normalnym we wszystkich odczynach należy przyjąć albo niekiłową etjologję schorzenia nerwu u luetyka, albo też, o ile dość długi okres dzieli chorego od zakażenia, możliwość zagojenia się w znaczeniu anatomicznem procesu niegdyś czynnego (przyp. Nr. 13).

W przyp. Nr. 12. mamy do czynienia ze schorzeniem właściwej substancji nerwowej nerwu wzrokowego, wyrażającem się w zaburzeniu przewodnictwa i w częściowym zaniku lewego nerwu wzrokowego; przyp. Nr. 28. jest przykładem oponowej postaci schorzenia nerwu wzrokowego (meningorecydywa) z obrazem przekrwienia tarczy bez zwężenia pola widzenia. Dok. nast.

Lucjan SOBIESZCZAŃSKI. Warszawa.

O wynikach próby biologicznej Pirquet'a u dzieci szkolnych

Choć gruźlicę, a specjalnie suchoty płucne dawno wyodrębniono, jako oddzielną jednostkę nozologiczną (Herodot, u nas Spiczyński), lecz dopiero odkrycie Kocha i następnie przekonanie się, iż cierpienie to jest wyleczalne, dało początek ftyzjologji, jako nauce, i jej działom ftyzoterapji i ftyzodjagnostyce. Ponieważ zaś suchoty płucne są najłatwiej wyleczalne w początkach, kiedy niema głównych fenomenów rozpoznawczych (plwocin), starano się w celach rozpoznawczych stosować różne metody: odczyny biologiczne, tyczące się bądź surowicy i leukocytów krwi chorego (zdolność aglutynacji, precypitacji, opsoniczna), bądź zmienionego oddziaływania organizmu pod wpływem jadu swoistego (zjawisko t zw. allergji).

Więc 1) Francuzi Arloing i Courmont wprowadzili aglutynację surowicy krwi chorego względem laseczników Kocha. Otrzymane wyniki kazały zarzucić tę metodę, z powodu dużych trudności technicznych (przygotowanie homogennych laseczników), oraz dlatego, że wyniki sekcyjne zaprzeczyły wynikom metody aglutynacyjnej (Eisenberg i Keller 1903 r.).

2) Metoda wskaźnika opsonicznego (Wright) mniejszego, niż 1, u leukocytów krwi gruźlików względem laseczników Kocha i metoda t. zw. leukoreakcji Acharda, czyli badanie ilości pochłoniętych przez leukocyty drożdży; obie te metody, jako kłopotliwe, nie mają wielkiego znaczenia.

3) Z innych badań serologicznych wspomnimy metodę precypitacji Bonome'a (1909 r.) i odchylenia dopełniacza, stosowaną u gruźlików przez Camus'a i Pagnier'a. Obie te metody nie dały stanowczych rezultatów.

Co zaś się tyczy odczynów biologicznych organizmu, opartych na zjawisku t. zw. allergji, to próby te w rozpoznawaniu gruźlicy mogą być podskórne, skórne i naśluzowe.

Odczyny podskórne.

1) Robert Koch po otrzymaniu tuberkuliny (1890 r.) zaczął stosować ją podskórnie we wzrastających dawkach w celach leczniczych, aż do wywołania reakcji ogólnej (podniesienie ciepłoty). Niebezpieczeństwo tej metody tkwi w tem, iż obok reakcji ogólnej i miejscowej (zaczerwienienie), mogą powstać objawy ogniskowe, wywołujące postęp sprawy swoistej.

2) Möller, Löwenstein i Ostrowsky stosowali dawki mniejsze (ca 0,5 mlgr), by otrzymać podniesienie ciepłoty w celach rozpoznawczych. Metoda ta, szeroko stosowana w weterynarji, dla ludzi kłopotliwa, gdyż wymaga leżenia w łóżku.

3) Hamburger zwracał uwagę na objaw skóry przy podskórnem stosowaniu tuberkuliny (Epstein), który jest widoczny po dawkach 0,2 mlgr.

Odczyny skórne.

1) 5 maja 1907 r. Pirquet z kliniki Escherich'a w Wiedniu polecił na posiedzeniu Tow. Lek. w Berlinie szczepić 25% tuberkulinę (Tuberculini 1,0; Sol. Salis physiol. 2,0; Sol. Phenoli 5% 1,0) w celach rozpoznawczych naskórnie. U gruźliczych otrzymujemy grudkę na skórze po 24 godz. widoczną (vaccinale Frühreaktion). Ferrand i Lémaire w grudce cech gruźliczych nie wykryli.

2) Ch. Mantoux stosował (VII—1907 r.) wszczepianie (igłą i strzykawką) tuberkuliny w skórę i otrzymywał odczyn (l'intradermo — réaction).

3) Lignières (1908 r.) wciera czystą tuberkulinę w ogoloną powierzchnię skóry.

4) Moro z Monachjum (IX — 1907 r.) poleca w celach rozpoznawczych wcieranie 50% maści tuberkulinowej na lanolinie w okolicy nadpępcza przez 1—2 minuty.

5) Lautier (II. 1908 r.) kładzie tampon 1% roztworu tuberkuliny pod ceratką na 24 godziny. Odczyny 3, 4, 5 zwą francuzi *réactions percutanées*.

6) Dithorn i Schultz (VII 1908 r.), uwalniając tuberkulinę z substancyj drażniących, otrzymywali wyniki przy próbie Pirquet'a tylko w 75% dodatnie w porównaniu z pierwotnemi szczepieniami.

Odczyny t. zw. naśluzowe.

1) Wolf-Eisner (15. V. 1907 r.) wpuszczał kroplę 1% roztworu tuberkuliny w worek łącznicy i otrzymywał po 18 godz. zaczerwienie jej. Calmette (17. VI. 1907 r.) stosował tę samą reakcję z tuberkuliną, strąconą wyskokiem i rozpuszczoną do 1% w wodzie (*l'ophthalmo-réacion à la tuberculine*). Odczyn ten, czuły i wygodny, może niestety dać zapalenie twardówki, a nawet tęczówki i naczyniówki. Trzeba go zatem stosować ostrożnie.

2) Calmette i Breton (1908 r.) wprowadzają 1 centygram tuberkuliny w lewatywie, wywołując reakcję ogólną u gruźlików (*ano-réaction*).

3) Lafitte, Dupont i Molinier stosują 1% roczyn tuberkuliny na błonę śluzową nosa z następczem nakłuciem (*rhinoréaction*).

4) Richter stosuje *vagino-réaction*. Z tych wszystkich prób, prócz próby ocznej, stosowane są zwykle sposoby Mantoux, Moro i ich pierwowzór Pirquet'a o którym pomówimy obszerniej. Polegał on u Pirqueta na tem, że 2 krople 25% roczynu tuberkulinowego nakrapiał pipetką na wyjałowioną skórę w odległości kilku cm, a potem nożykiem platynowym robił 3 nacięcia: 1 w środku (kontrola), 2 zaś poprzez krople tuberkulinowe. Jako odczyn organizmu powstaje po 24 godz. grudka z zaczerwienieniem skóry wokoło, różnej wielkości (I stopień o średnicy 3 mm, II st. do 10 mm, III st. powyżej 10 mm). Często zamiast grudki bywa plamka; zdarzają się pęcherzyki lub zebrane pod naskórkiem wzniesienia linearne, wypełnione cieczą żółtawą. Obwódka dokoła wykwitu skórnego może być koloru różowego, czerwonego lub sinego. Niektórzy badacze sądzą, że odczyn siniczy jest właściwy gruźlicy ciężkiej. Oddziaływanie widoczne jest po 24 godz. choć najlepiej po 48 godz. (Chybczyński). Może trwać 7—8 dni i więcej (sam widziałem po 14 dniach), zwykle jednak znika wcześniej. Jeżeli odczyn okazuje się później, niż po 48 godz., zwie się spóźnionym. Często reakcja powstaje na miejscu pierwotnego szczepienia dopiero po wtórnem szczepieniu (reakcja wtórna). Pirquet szczepił tuberkulinę u 700 osób i znalazł próbę dodatnią u 88% gruźlików i 16% zdrowych klinicznie (*sine suspicione*), na 113 osesków znalazł + tylko u 5, u dorosłych zaś 80% prób dodatnich. Otrzymał odczyn tuberkulinowy ujemny w meningitis tbc., gruźlicy prosówkowej i w charłactwie gruźliczem, co jest *signum mali ominis* (t. zw. hypergja). Pirquet twierdzi, że odczyn dodatni świadczy o obecności antytuberkuliny w układzie szczepiennym. Na przytoczonej tablicy I. mamy dane różnych autorów co do wartości rozpoznawczej próby Pirquet'a.

Sam v. Pirquet uznaje swój odczyn za swoisty i twierdzi, że + jest to t. zw. reakcja wczesna (*vaccinale Frühreaction*). Samo zjawisko odczynu podciąga pod nazwę allergji, czyli stanu, w jakim jest organizm po przebytem swoistem zapaleniu, które to zjawisko objawia się w różnem co do stopnia i czasu reagowaniu jego na następne zakażenie. Nie chodzi tu o odpor-

ność, lecz o n a d c z u l o ś ć. (C i t r o n również przypuszcza swoistą nadczułość). Odpornością byłaby zupełna nieczułość (M o r o).

Tablica I.

Autor	przypadków	prób dodatnich u		
		gruźl.	podejrzanych	niepodejrz. (zdrowych)
Pirquet	360	88%		16%
Lenhartz	111	75%	36%	45%
Bandler i Kreibach	63	84%	—	33%
		(używali czystej tuberkuliny):		
Skórczewski	100	89,6%	100%	50,4%

W badaniach, podjętych przezemnie i dotyczących próby Pirquet'a u dzieci szkół miejskich m. st. Warszawy i dzieci gruźliczych (*praetuberculose*) kolonji leczniczej w Józefowie, starałem się możliwie uprościć samą metodę i zużyć minimum tuberkuliny, nie zmniejszając wartości wyników. Robiłem po wyjałowieniu skóry na prawem ramieniu 2 nacięcia: pierwsze górne dla kontroli, drugie dolne poprzez kroplę czystej starej tuberkuliny Kocha, uprzednio puszczoną cienką pałeczką szklaną. Robiłem kontrolę u góry, bowiem przy nacięciu kontrolnem dolnem kropla tuberkuliny z góry czasami ścieka lub zostaje roztarta na dolną rankę, co szkodzi dokładności spostrzeżeń. Sądzę, że ten prosty sposób rozpowszechni się. Wyniki oglądałem po 24 i 48 godzinach, następnie szereg dzieci oglądałem po tygodniu, jeden oddział po 10 dniach.

Odróżniałem 3 rodzaje prób: + grudka z obwódką średnicy 3 mm, ++ od 2 do 10 mm, +++ powyżej 10 mm. Wygląd wykwitów szczepiennych był, jak wyżej podałem; ani jednego wypadku generalizacji szczepienia nie zauważyłem. W jednym natomiast przypadku stan dziecka (chłopiec) miał się pogorszyć (wyjechał na wieś). Badania przeprowadziłem w 21 oddziałach szkół miejskich w Warszawie i dokonałem 769 prób, z których 750 włączyłem do tablic *). Do szczepień użyłem starej tuberkuliny Kocha firmy Meister Lucius i Brüning, przyczem średnio spotrzebowywałem po 2,5 mlgr tuberkuliny na każde szczepienie, wliczając w to wszelkie ubytki (zanieczyszczenie pałeczki szklanej i nożyka coraz to wycieranych i przepalanych). Tablica danych % prób dodatnich według oddziałów przedstawia się, jak następuje:

S. M. 46. (Męska): I a 71%, I b 63, I c 81; II a 41, II b 77, II c 76, II d 50.

S. M. 66 (Żeńska): I a 52, I b 53, I c 58; II a 75, II b 64.

S. M. 44 (Koeduk.): I a (m.) 70; I b (ż.) 50; II a (m.) 63; II b (ż.) 56.

S. M. 39 (Koeduk.): I 47; II a 53, II b 67, II c 72.

S. M. 82 (Koeduk.): I 70%.

W statystyce oddziałowej rzucają się w oczy dwa fakty:

1) W oddziałach równoległych męskich tej samej szkoły jest większy odsetek prób dodatnich, niż w oddziałach żeńskich.

2) W koedukacyjnych, według wieku dobranych, oddziałach % prób dodatnich z wiekiem wzrasta (S. M. Nr. 39). Największy odsetek, bo aż 81, znalazłem w oddziele I c. S. M. Nr. 46. Zbadałem wobec tego warunki tego oddziału i przekonałem się, że nauczycielka tego oddziału prócz choroby Basedowa cierpi na otwartą gruźlicę płuc rozpadową (*phthisis pulmonis sin. destructiva c. caverna apicis, condensatio apicis dextri*. Koch). Nauczycielka ta oczywiście poddała się natychmiast leczeniu sanatoryjnemu. Dalej przeprowadziłem dalsze badania, mianowicie wywiady domowe z tego oddziału; okazało się, że z 26 chłopców, uczniów powyższego oddziału, u 4 w rodzinie była gruźlica, jednemu umarł na suchoty ojciec, jednemu matka, u reszty (20) chłopców żadnych danych wywiadowych nie wykryto. Przy badaniu jednostkowem u 22 (z liczby 26) znaleziono znaczne powiększenie gruczołów chłonnych, przeważnie szyjnych. Z chorób płucnych jeden przebył zapalenie płuc.

Chcąc przedstawić wreszcie dane dla obu płci według wieku, muszę zaznaczyć, iż u wszystkich badanych dzieci zebrałem dane wieku z metryk i według przyjętego zwyczaju przy obliczaniu lat ułamek przenoszący połowę brałem za całość.

Otóż dla 7-letnich miałem prób dodatnich 48%, dla 8 l. 56, dla 9 l. 59, dla 10 l. 71, dla 11 l. 65, dla 12 l. 67, dla 13 l. 61, dla 14 l. 62, dla 15 l. 100%.

Z danych tych widzimy, że od 7 l. do 12 l. odsetek gruźlików wzrasta, robiąc nagły skok u dzieci 10-cio letnich.

Przytaczam w tablicy II. szczegółowe dane, dotyczące prób dodatnich i ujemnych według wieku i płci, sumując że wszystkich prób dodatnich było 469 na 750 włączonych do poniżej umieszczonej tablicy, co stanowi 64%.

Tablica II.

Dzieci:	Chłopcy +	Chłopcy −	Razem	%	Dziewcz. +	Dziewcz. −	Razem	%	Razem +	Razem %
6 letnie					1	1	2	50%	1 (2)	50
7	8	6	14	59%	7	10	17	39	15 (31)	48
8	47	28	75	62	28	32	60	46	75 (135)	56
9	56	34	90	62,5	47	39	86	58	103 (176)	59
10	64	25	89	72	61	26	87	70	125 (176)	71
11	47	21	68	70	33	20	53	62	80 (121)	65
12	17	8	25	68	23	12	35	65	40 (60)	67
13	15	12	27	58	3	4	7	41	22 (36)	61
14	3	2	5	60	2	1	3	66	5 (8)	62
15	2		2	100	1		1	100	3 (3)	100

Zwraca uwagę w tej statystyce wysoki odsetek (71) u dzieci dziesięcioletnich i to zarówno u chłopców, jak u dziewczynek. Wiemy, że w tym wieku bywa najwięcej gruźlicy klinicznej u dzieci. Dla wieku 13, 14 i 15 lat liczby dzieci zbadanych są zbyt małe, żeby można było z nich ostatecznie wnioskować.

Z badań wyżej przytoczonych wyprowadzam następujące 4 wnioski:

1) Gruźlica u dzieci od lat 7 do 12 wzrasta z wiekiem. Pirquet u dorosłych znalazł 80% prób dodatnich, u nas najwyższy odsetek 71.

2) Odsetek prób dodatnich u chłopców jest wyższy, niż u dziewcząt.

3) Największym rozsadnikiem gruźlicy w szkole wśród dziatwy jest nauczyciel (-ka), ewentualnie współuczeń z otwartą gruźlicą.

4) W celach zapobiegawczych przeciw gruźlicy nie na-

*) Naczelnemu Lekarzowi Szkół miejskich m. st. Warszawy dr. J. Szmurle za użyczoną mi do badań tuberkulinę dziękuję.

leży urządzać w szkołach zebrań i kursów dodatkowych, gdyż dane wywiadowe pouczają nas o szerokiem rozpowszechnianiu gruźlicy otwartej wśród dorosłych.

Z innym materjałem operowałem na dwóch sezonach kolonij leczniczych dla dzieci zagrożonych gruźlicą w Józefowie (*infantes praetuberculosi*) i dlatego umieszczam go oddzielnie. Materjał ten zbadany był dwukrotnie, raz przez lekarzy szkolnych i 2. raz przez komisję; kwalifikowano do Józefowa dzieci potrzebujące specjalnego leczenia klimatycznego. W pierwszym sezonie były dzieci mniejsze (do l. 13) chłopcy (44) i dziewczynki (51), w drugim sezonie starsze dziewczynki (96). Razem przeszczepiono dzieci 191, przyczem prób dodatnich otrzymano 155 (81, 2%). Dla lepszej orjentacji przedstawię tu 2 tablice, po jednej dla każdej płci. Na tablicach uwzględniłem przy zmianach płucnych podział na oskrzelowe i miąższowe (prof. Rzętkowski), przyczem zmiany miąższowe notowane były u 5 chłopców i 30 dziewczynek. Systematyczne mierzenia ciepłoty wykazały, że z 44 chłopców ciepłota powyżej 37° C., przynajmniej przez 2 dni (wyjąwszy choroby ostre np. anginę i nieżyty dróg pokarmowych), była spostrzegana u 35, z 147 dziewczynek u 71. Świadczy to dowodnie, jak ważny czynnik rozpoznawczy u dzieci podejrzanych o gruźlicę, stanowi systematyczne mierzenie ciepłoty.

Co zaś się tyczy wzrostu prób dodatnich z wiekiem dzieci, to tutaj wobec specjalnego doboru dzieci — dzieci gruźliczych lub zołzowatych — nie będziemy wcale stosunku tego badać, a podział według lat zastosujemy w tablicach li tylko, jako więcej dogodny. Zastanawia nas fakt po przejrzeniu tablic, że jest kilkoro dzieci ze zmianami miąższowemi z ujemnym odczynem Pirqueta. Na ten objaw zmniejszonej odporności w wytwarzaniu niweczników przy istniejącem zakażeniu swoistem, na ten objaw złowrogi hypergji, zwracamy uwagę i dzieci te staraliśmy się specjalnie wzmocnić ogólnie (werandowanie, arszenik i żelazo).

Zaznaczyć jednak muszę, że w ciągu 6 tygodniowego pobytu w Józefowie u 29 z 30 nie mogłem stwierdzić poprawy w objawach gruźlicy płuc I. stopnia, przy znacznym przyroście wagi.

Dla łatwiejszej orjentacji przytaczam 2 tablice (III i IV.), jedną dla chłopców, drugą dla dziewczynek, z oznaczeniem zmian płucnych, gruczołowych, objawów powiększenia gruczołów śródpiersiowych (objaw Smitha i d'Espine'a), prób Pirquet'a, (których wynik daje podpodział wszystkich grup), stanu ciepłoty, dziedziczności i zajęcia przez sprawę gruźliczą wielkich stawów (dzieci z ostatniemi objawami nie nadają się do Józefowa).

Tablica III.

Chłopcy:

Wiek	Ilość	Zmiany w płucach: Oskrzel.		Zmiany w płucach: miąższow.		Gruczoły: pow.		Gruczoły: rop.		Smith + i d'Espine		Plwocina		Pq+	Stan podgor.		Dziedz.		Zajęte stawy	
7 l.	4	2		1		3				4				4	2					
8	11	9				5	1			5	1			10	8					
9 »	15	12		1	1	8				7	1			13	14					
10 »	7	4		1	1		2			3	2			5	5	1				
11 »	3	1				3				2				3	1					
12	3	3				1				2				1	1					
13	1	·				1				1					1					
Pirquet	+	—	+	—	+	—	+	—	+	—	+			+		+	—	+	—

Tablica IV.

Dziewczynki.

Wiek	Ilość	Zmiany w płucach: Oskrzel.		Zmiany w płucach: Miąż.		Gruczoły: pow.		Gruczoły: rop.		Smith i d'Espine +		Plwocina		Pirquet +	Stan podgor.		Dziedz.		Zajęte stawy	
6 l.	1					1				1				1						
7	6	5		1		5	1	1		2				5	3		1			
8	10	4	2	2		4	2			1				7	2	2	1			
9	10	6	2		1	6	1			3	3		Koch (—)	6		2				
10	20	14		2	3	14	3			7	3			15	9	3	4	1		
11	26	15	1	6		19	2			12	1	z krwią 1		22	13		4			
12	23	13	2	4		17	3			9	2	Koch (—)		20	11	1	3			
13	19	10	4	4		14	4			9	1			15	11	2	2		1	
14	19	13	1	3		11	1			8	2			15	10	1				
15	11	4	2	2	1	6	1			3		Koch (—)		8	4	1				
16																				
17	2			2		1		1						2	2					
Pirquet		+	—	+	—	+	—	+	—	+	—	+	—		+	—	+	—	+	—

Na 44 chłopców gorączkowało 33, z nich 32 z dodatnim odczynem Pirqueta (97%).

Na 147 dziewczynek gorączkowało 71, z nich 59 z dodatnim wynikiem próby Pirquet'a (83%), % zaś prób dodatnich wynosi u chłopców 88, u dziewczynek 79.

Z dużego procentu dzieci gorączkujących z próbą Pirquet'a dodatnią: dla chłopców 97, dla dziewcząt 83 widzimy, iż dodatnia próba Pirqueta świadczy często u dzieci o sprawie gruźliczej czynnej. W danych z Józefowa na 155 dzieci z odczynem dodatnim podniesioną ciepłotę miało 93 (62%), jak również u tych dzieci była przeważna ilość zmian płucnych, czy to oskrzelowych, czy to miąższowych. To wszystko sprawia, że musimy uznać próbę Pirquet'a za niezwykle pożyteczną w rozpoznaniu gruźlicy czynnej w wieku dziecięcym, choć przyznać musimy, że bezwględną ona nie jest, dzieci bowiem nie dające próby dodatniej, miały u nas, jak to wskazują tablice, ciepłotę podniesioną i nawet zmiany miąższowe.

Byłoby ze wszech miar wskazane przeprowadzenie masowych prób Pirquet'a w młodszych klasach szkół w Polsce, a to zarówno celem należytego pouczenia społeczeństwa o rozmiarze, jak i celem liczbowego wyjaśnienia stanu gruźlicy w kraju, tej wielkiej klęski dla narodu naszego. Podjęcie następnie propagandy uświadamiającej o gruźlicy i zapobiegania jej wśród dziatwy szkół wiejskich powinnoby dać wyniki znakomite. Dążenie do tego jest obowiązkiem każdego myślącego lekarza.

Piśmiennictwo.

1) v. Pirquet. B. Klin. Woch. 20. V. 1907. 2) Tenże. W. Med. Woch. N. 28 1907. 3) Eisenberg i Keller. O swo-

istości serodjagnostyki gruźliczej 1903. 4) Nowaczyński. Najnowsze biologiczne sposoby rozpoznania gruźlicy 1911. 5) Chybczyński. O dotychczasowych sposobach stosowania tuberkuliny w celach rozpoznawczych. 1909. 6) Rzętkowski. O odczynie ocznym u suchotników. 1907. 7) Skórczewski. Szczepienie Pirquetowskie tuberkuliny i odczyn spojówkowy Calmette'a 1908. 8) Jasiński. O rozpoznawczem szczepieniu tuberkuliny u dzieci metodą Pirquet'a 1908. 9) Jaworski. Rezultaty szczepień Pirquet'a i Calmette'a w klinice krakowskiej 1907. 10) Truszkowski. Znaczenie odczynu Pirquet'a dla rozpoznania gruźlicy. 1913. 11) Ganz. Gruźlica w Warszawie (dane statystyczne). 1921. 12) Korczyński. Spostrzeżenia (104) o wartości rozpoznawczej tuberkuliny, szczepionej na skórze i wkraplanej do worka spojówkowego. 1908. 13) Kramsztyk. Nowa metoda rozpoznania gruźlicy 1907. 14) Sokołowski. Nowoczesne metody rozpoznania i leczenia gruźlicy płucnej. 1909. 15) Sterling. Odczyny tuberkulinowe. 1908. 16) Dębiński. Wartość terapeutyczna tuberkuliny. 1913. 17) Arnold. Okoliczności i warunki zewnętrzne zakażenia laseczników gruźlicy. (R. de la T. 1921). 18) Karwacki. Wpływ surowicy Maragliano. 1905. 19) Zyberlast-Zandowa. O badaniu odczynu tuberkulinowego u dzieci Szkół Miejskich. (»Zdrowie« 1919).

Dr. Roman LESZCZYŃSKI, Prym. P. Szpit. P., Doc. U. Lwów.

Skóra, jako tło.

Urywki z patologji ogólnej skóry.

Rzecz wygłoszona na posiedzeniu Lwowskiego Koła P. Tow. dermatologicznego.

Gdy czytamy dawniejsze podręczniki dermatologji, czy nawet nowsze, gdy czytamy monografje bardzo nieraz wybitnych badaczów, napotykamy ciągle pewne zjawisko. Odnajdujemy barwne, bystre, genialne opisy zmian chorobowych, rozczytujemy się w szczegółach morfologicznych lub przebiegu, odtwarzamy w myśli obraz »zmian chorobowych« na podobieństwo tego, co autor widział. A jednak z reguły obraz w naszym umyśle powstający będzie dalekim od tego, na co autor patrzał. Czy to wina naszej niedoskonałości odtwórczej, czy też przyczyną jest rzeczywista niedoskonałość opisu? O to właśnie mi idzie. Zwyczajnie autor opisuje to, co widział, nie zaś to, na co patrzał. Opisuje część tego, na co patrzał, tę część mianowicie, która mu się wydawała niezwykłą, chorobową. Milczeniem zaś pomija to, co mu się wydawało prawidłowem, normalnem. Teraz zapytam, cobyśmy powiedzieli o malarzu, któryby wymalował myśliwego strzelającego do zająca, a zapomniał namalować lasu, pola czy łąki, na której się ta scena rozgrywa? Cóż zaś innego robi dermatolog, który opisuje n. p. ognisko tocznia rumieniowego, a zapomina podmalować tło, na którem on się rozwinął. Dla zrozumienia powstania, przebiegu, zejścia sprawy chorobowej, dla świadomego rozumnego leczenia, jest nieodzowne uwzględnienie właściwości skóry, która jest tłem dla toczącego się procesu. Postaramy się rozwinąć i wyjaśnić ten pogląd.

Zacznijmy od grubego kontrastu. Weźmy skórę Europejczyka i murzyna. Rumień n. p. posalwarsanowy będzie łatwo dostrzegalny na białej skórze, łatwo może ujść uwagi na ciemnej. Skóra białego, wystawiona na działanie słońca afrykańskiego, niechybnie odpowie rumieniem lub nawet zapaleniem. Skóra czarnego okaże się o wiele odporniejszą.

Szereg schorzeń skórnych (zostawiając na boku sprawy pasorzytnicze i zakaźne), które spotyka się u białej rasy, nie są częste u czarnej. Te same schorzenia na skórze białego będą zupełnie inaczej wyglądały, niż na skórze murzyna.

Wskutek odmiennego tła wykwity inaczej się odcinają, wskutek innego podłoża inaczej przebiegają.

Podnosząc sprawę »skóry jako tła«, musimy sobie zdać sprawę, że tkwi w tem dwojakie pojęcie. Jedno czysto wzrokowe, morfologiczne, drugie biologiczne. To drugie jest nieporównanie ważniejsze. Pojęcie pierwsze tła malarskiego ma znaczenie przy opisach. Uwzględnienie tej części opisu pozwala czytającemu o wiele plastyczniej odtworzyć w umyśle obraz zmian chorobowych, jakie autor w dalszym ciągu przedstawi. Prócz tego jasne jest, że to, co obserwator zobaczy okiem i zanotuje, jest równocześnie fragmentem pojęcia drugiego.

Właściwości skóry dostrzegalne okiem stanowią wypadkową całej masy rozmaitych wpływów, jak rasa, wiek, klimat, dziedziczenie, zawód, przebyte choroby, skazy, konstytucja i t. d. Jest to grupa pierwsza. Po za temi, które okiem dostrzegamy, kryją się inne, które wykrywamy naszemi nowemi metodami biologicznemi. To jest grupa druga. W końcu są właściwości skóry biologiczne potencjalne, których, jak dotąd, nie umiemy poznać przedtem, o których dowiadujemy się dopiero w chwili wybuchu choroby lub też w czasie jej przebiegu. Niejednokrotnie właśnie przebieg atypowy, swoisty wskazuje, że skóra, którąśmy za prawidłową uważali, nie jest nią. To jest grupa trzecia.

Wszystkie te właściwości razem wzięte powodują, że ta sama przyczyna wywołuje na rozmaitych skórach rozmaity efekt. Różnica ta może się okazać w przestrzeni *id est* morfologicznie, w nasileniu lub przebiegu, *id est* w czasie.

Każda skóra przez sumę swoich właściwości jawnych lub utajonych stanowi osobnicze, swoiste tło, odrębne podłoże. Gdy pewne wpływy wyciskają dominujące piętno, powstają pewne typy skór. Typy takie powtarzają się. Ilość ich będzie większa, niż ilość wpływów pierwotnych, gdyż momenty oddziaływujące kombinują się. Z kombinacji rozmaitych wpływów powstają typy złożone. Daleko posunięta kombinacja różnych momentów o nierównem natężeniu prowadzi znów w prostej linji do nadania osobniczego wyglądu, do odrębnej swoistej zdolności oddziaływania każdej skóry.

Etjologja ogólna chorób skórnych uczy nas, że jedne choroby powstają *e causa externa*, inne *e causa interna*. Najciekawsze, najbardziej zawikłane postacie powstają wówczas, gdy na skórę zmienioną przez *noxa interna* zadziała *noxa externa*. Najwdzięczniejsze to pole dla obserwatora, dla klinicysty rozplątać kłębek splątanych przyczyn i świadomem dróg i celów leczeniem doprowadzić chorego do wyleczenia.

Wydaje mi się, że praca ta będzie możliwa tylko dla tego, kto nauczy się oglądać nietylko wykwity na skórze, ale także widzieć, na jakiem tle one się znajdują, jaką jest skóra, stanowiąca dla nich podłoże. Będzie to możliwe dla tego, kto zrozumie, że skóra nie jest pergaminem, na którym są wypisane kabalistyczne znaki, ale żywym narządem, czerpiącym życie z tego samego źródła, co wszystkie inne narządy.

Przeglądnijmy garść spostrzeżeń. Znamy następujące zasadnicze odcienie barwy włosów: Płowy, blond, szatynowy, czarny, rudy. Każda barwa nasuwa nam przypomnienie odpowiedniej barwy oczu i pewnego typu skóry. Blondyni miewają oczy jasno-niebieskie (siwe) do ciemno-niebieskich (szafirowych). Natężenie barwy włosów idzie zwyczajnie równolegle do barwy oczu. T. zn. n. p. szafirowe oko widzimy u ciemnej blondynki. Skóra u blondynów przedstawia kilka typów.

Jedni mają skórę bladą, cienką, ubogą w barwik, z przeświecającemi drobnemi żyłkami, nie opalają się łatwo na słońcu. Włos jasny z odcieniem złocistym. Budowa kośćca drobna, palce raczej długie, cienkie. Nużą się łatwo. Łojotok nieznaczny n. p. w fałdzie nosopoliczkowym lub wcale go niema. Skóra twarzy okazuje niekiedy skłonność do suchych postaci wyprysku. Szczególnie mało odporna jest na zakażenia ropne (impetigo) niemieszkowe. Wczesne zmarszczki.

Drudzy mają skórę również bladą, trudno się opalającą, miejscami z odcieniem sinawym. Włos ich ma odcień zbliżony do płowego, czasem matowy (łojotok suchy), częściej odwrotnie, wskutek mazistego natłuszczenia silnie lśniący. Budowa kośćca lepsza, obfita podściółka tłuszczowa, chociaż zdarzają się i chudzi. U obu rodzajów stwierdza się często wilgotne dłonie lub także pocenie się ogólne. Uderzający jest łojotok mazisty, za tem idzie włos rzadki, wągry, trądzik, skłonność do wyprysku wogóle, a w niektórych miejscach w szczególności (fałd nosowy, broda, ucho, między łopatkami i t. d.). Te same przyczyny, które u nich wywołują łojotok, czynią skórę bardzo wrażliwą na wszelkiego rodzaju uszkodzenia i zakażenia. Widzimy u nich często sprawy ropne mieszkowe, często sączące postacie wyprysku, często sprawy grzybkowe (łupież pstry, *trichomycosis palmellina*). Jest

to jeden z najczęstszych i najniechlujniejszych rodzajów skóry.

Dalej widywałem ludzi z włosami płowemi (jasno-blond bez odcienia złocistego), lekko kędzierzawemi, których skóra bywa sucha, o grubym przyskórku, lekko łuszczącym się. Nierzadko silne rumieńce, raczej wstępne okresy trądzika różowatego. Skóra dobrze się opalająca, odporna.

Bardzo rzadko spotyka się czarne oczy przy blond złocistych włosach (niefarbowanych). Skóra, pamiętam, wtedy biała, matowa, mała skłonność do łojotoku, podobno wrażliwa na wpływy atmosferyczne. Rzadki jest również odcień włosów jasno-blond w popielate wpadających. Skóra w takich razach różowa, wrażliwa, łatwo ulega »pierzchnieniu«. Dlatego takie osoby zwykle używają pudru. Wczesne zmarszczki.

Włosy ciemno-blond i oczy niebieskie lub szafirowe, idą w parze ze skórą, która bądź to właściwościami przypomina skórę jasnych blondynów, bądź też zbliża się do skóry szatynów. Stwierdza się też u nich łojotok, zapalenia mieszkowe, jednak łojotok oleisty (*seborrhoea oleosa*) jest rzadszy. Skóra na ogół odporniejsza, opala się dobrze.

Ciemni blondyni z oczami piwnemi zbliżają się już raczej do szatynów.

Włosy szatynowe, czyli kasztanowe, towarzyszą jednemu z najlepszych rodzajów skóry. Szatyni biorą od blondynów i brunetów raczej same dobre strony. Więc grubość naskórka, ilość barwika, unaczynienie, rumieniec, tworzą pewne *juste milieu*. Nawet łotojok, jaki się zdarza, trzyma się w granicach umiarkowanych. Skóra ta opala się dość łatwo i jest dość odporna i na wpływy atmosferyczne i na zakażenia ropne. O ile nie znajdą się inne przyczyny, bywa stosunkowo rzadko terenem wyprysków. Jeśli na taką skórę matową i pokrytą puszkiem przyjdzie rumieniec, słusznie porównują ją z brzoskwinią. Oczy piwne, rzadko ciemno-niebieskie.

Włos rudy nie jest u nas częsty. I tutaj spotyka się kilka rodzajów skóry. Włos klasycznie rudy, z odcieniem miedziano-czerwonym, towarzyszy skórze białej (nie bladej), zwyczajnie pokrytej gęsto piegami. Włos bywa niekiedy kędzierzawy, a zwyczajnie falisty (ondulujący). Skóra taka miewa niekiedy umiarkowany łojotok mazisty, ograniczony najczęściej do fałdów nosopoliczkowych. Często spotykamy u tych osobników łojotok suchy (i łupież) na głowie, łuszczenie na twarzy. Skóra ta łatwo się rumieni, pod wpływem słońca trudno się opala, obficie natomiast rozwijają się piegi. Skóra na tułowiu również jest biała, podściółka tłuszczowa zwyczajnie dość obfita. Skóra ta wbrew oczekiwaniu nie jest zbyt wrażliwa, ani skłonna do wyprysków. Wyjątek stanowią wpływy aktiniczne, na które jest wybitnie czuła.

Bardzo rzadko stwierdza się czerwony rudy włos obok białej, nieskazitelnej skóry. Oczy wtedy nie piwne, a szafirowe, lub czarne. Skóra cienka, biała, matowa, puszkiem pokryta, bez łojotoku, przedstawia jeden z najpiękniejszych rodzajów skóry. Przytem jest względnie odporna. Niekiedy naskórek bywa bardzo cienki, przeświecają drobne żyłki, odcień biały przechodzi w lekko sinawy. Wczesne zmarszczki.

Rudy włos, przechodzący w złocisty, widzi się rzadko. Skóra jednoczy wtedy pewne cechy blondynów i rudych; nieco piegów, nieco łojotoku, mierną wrażliwość, przyskórek dość gruby, często rumieńce, niekiedy suchość skóry.

Podobne cechy ma skóra ludzi z włosem rudopłowym. Ten odcień widuje się rzadko, włos często kędzierzawy. Skóra sucha, przyskórek gruby, wypieki, łupież, wczesna łysina. Oczy piwne lub niebieskie.

Wkońcu włos czarny. Cała skala odcieni od kasztanowo czarnego, aż do lśniących, kruczych z zielonawo-niebieskiemi połyskami. Oczy czarne lub rzadziej piwne. Skóra brunetów jest bardzo rozmaita, zależnie od rasy i narodowości. U jednych stwierdzamy łojotok mazisty, wągry, zapalenia mieszkowe, naskórek gruby, impregnowany brudem (ormianie, żydzi). Nadto dużo barwika, skóra ciemna, na szkodliwości odporna. Robi wrażenie skóry w całości grubej, stąd fałdy twarzowe duże, a zmarszczki późno występują. Ludzie ci pocą się silnie, często cierpią na wypryski, silnie swędzące, i na zakażenia ropne.

U innych brunetów włos jest kędzierzawy, łojotok raczej suchy, wczesna łysina, wczesne zmarszczki. Skóra na ogół jest czyściejsza, cieńsza, szczególnie często trądzik różowaty, często odcień żółtawy (ikteryczny), łupież i łuszczenie się, skłonność do suchych swędzących postaci wyprysków (*neurodermitis*), często xanthomata na powiekach. Nagromadzanie się tłuszczu głównie na brzuchu.

Rzadko spotyka się brunetów z włosem matowym o skórze białej, bez łojotoku ani piegów. Może być nawet odcień sinawy i przeświecające drobne żyłki. Skóra niezbyt gruba, wczesne zmarszczki. Rodzaj skóry, jak mi się wydaje, wrażliwy na szkodliwości.

W powyższych uwagach mówiłem przedewszystkiem o skórze twarzy, bo na niej najwybitniej dadzą się spostrzegać swoiste cechy. Na reszcie ciała skóra nie będzie zresztą przedstawiała innego typu, jeno najwyżej cechy będą mniej wyraźne.

Wszystkie te właściwości, które podniosłem, przynosi człowiek ze sobą na świat. Tworzą one jego dziedzictwo, które przywykliśmy określać mianem konstytucji. Nie ulega kwestji, że już od niemowlęctwa podlega ustrój wpływom świata zewnętrznego, jak zakażenie, sposób odżywiania i t. d., które modyfikują własności wrodzone skóry. Inaczej wygląda skóra dzieci dobrze żywionych, a karmionych flaszką, chorujących na nieżyty jelitowe. Bardzo ważne znaczenie ma zakażenie gruźlicą, zachodzące tak często w tym wieku. Mam na myśli zołzy. Gruźlica gruczołów widocznie bardzo zmienia biochemizm ustrojowy, bo skóra nabiera wielu cech charakterystycznych. Jest ona jakby obrzękła, biada, nieraz lekko sinawa, trudno się opalająca, nadzwyczajnie wrażliwa na wszelkiego rodzaju uszkodzenia i zakażenia. Stąd też dzieci te chorują ciągle na najrozmaitsze postacie wyprysku, sączące, ropne, nader uporczywe i często wracające. Fermentacje jelitowe u dzieci usposabiają skórę cienką, sinawą, suchą, bez podściółki tłuszczowej, również do zapaleń i zakażeń.

Osobny typ przedstawia skóra dzieci przekarmionych. U nich powstają znów nader łatwo postacie osutek bąblowatych, i z tem połączone: silny świąd, drapanie i zakażenia następowe od paznokci. Prócz tego odparzają się łatwo.

Ciekawe, a nie dość dobrze rozeznane, są skóry dzieci, których skład pożywienia jest niewłaściwy, gdzie bądź to istnieje deficyt soli nieorganicznych, bądź też coś z avitaminoz.

Zdarza się, że dziecko rodziców z wadliwą przemianą materji przynosi ze sobą na świat także skazę. I nie jest słuszne mniemanie, że taka skaza moczanowa okazuje się dopiero w wieku dojrzałym. Owszem skóra takiego dziecka już od zarania życia okazuje wrażliwość na pewne szkodliwości. Dzieje takiej skóry dziedzicznie skazą obciążonej opisał przepięknie wielki myśliciel L. Brocq.

Że sposób wychowania (miasto czy wieś, sporty) wyciska piętno na skórze, jest pewne. Nikt nie zaprzeczy, że skóra młodego sportowca będzie o wiele odporniejsza, niż skóra młodzieńca, ślęczącego nad książką lub w kawiarni.

Tak samo u ludzi dojrzałych zawód, tryb życia (czynny, czy siedzący, na wolnem powietrzu, czy w przestrzeni zamkniętej), wpływy płciowe, sposób odżywiania się, nałogi i td. wpływają na tworzenie się charakterystycznego wyglądu skóry. Co więcej spostrzegawcze oko podchwyci niejednokrotnie tyle szczegółów na skórze, że uzyskuje wgląd w funkcje całego ustroju, że odgaduje warunki życia chorego. Przez bystre oglądanie skóry, będącej tłem, możemy uzyskać podstawę do wnioskowania o schorzeniach narządów wewnętrznych n. p. wątroba, jelita, skąd pobudka do zmian chorobowych skórnych wychodzi. W innych razach odgadniemy przyczynę nadmiernej wrażliwości skóry, która sprawia, że najmniejsze szkodliwości zewnętrzne już powodują pojawianie się wykwitów chorobowych.

Wiele podobnych spostrzeżeń i uwag mógłbym przytoczyć. Wszystkie one odnoszą się do grupy pierwszej, gdzie samem bystrem oglądaniem zyskujemy podstawę do wniosków. Wydoskonalenie oka w »widzeniu« rzeczy oglądanych wystarcza nam częstokroć i doprowadza nas do słusznej oceny, do prawidłowego rozpoznania.

Nie zawsze jednak starczy mieć oko, choćby najbardziej wprawne. Jest granica spostrzegawczości, na której dawniejsi badacze stawali, a którą my dziś jesteśmy w możności przekroczyć. Dzięki postępowi nauki jesteśmy w posiadaniu szeregu metod, które pozwalają nam odkrywać nieprawidłowe stany skóry. Zmienione oddziaływanie skóry, t. zw. allergję, jest pojęciem nowszem. Pod wpływem zadziałania jakiegoś czynnika chorobotwórczego skóra staje się uczuloną względem tegoż czynnika drugi, trzeci raz działającego.

Pojęcie sensibilizacji, uczulenia rozszerza się coraz bardziej, tak samo, jak rozwija się i zmienia pojęcie odporności. Doświadczenia z tuberkuliną rychło wykazały, że skóra gruźliczych znajduje się w stanie allergji. Są to rzeczy zbyt znane, by się nad niemi rozwodzić. Rozważając skórę jako tło musimy ten przykład wziąć jako prototyp tej grupy. Oddziaływanie skóry jest w całości zmienione, przedewszystkiem względem prątka gruźlicy i jego produktów. Wiemy jednak, że i względem innych szkodliwości zachowuje się skóra gruźliczych odmiennie. Że jest szczególnie wrażliwą na zimno (*perniones)*, że tworzy szczególnie korzystne podglebie dla niektórych pasorzytów (*microsporon furfur*) lub zakażeń. Całą masę dawnych spostrzeżeń klinicznych możnaby przytoczyć. Znalazły one wytłumaczenie, gdyśmy się zapoznali z odczynami tuberkulinowemi.

Podobnie skóra kiłowych jest allergiczną. Wykazały to doświadcze ia z luetyną, a przedewszystkiem badania Fingera i Landsteinera nad superinfekcją. Jak wiadomo, wykazali oni, że skóra kiłowego oddziaływa na nadkażenie wytworzeniem takiej postaci, jaka odpowiada okresowi choroby.

Dalej wiemy już dziś, że skóra chorych na choroby grzybkowe grupy *trichophyton,* również jest w stanie allergji Odczyny po trichophytynie przebiegają zupełnie analogicznie do tuberkulinowych.

Przytoczyłem najbardziej znane przykłady. Nie mamy powodu wątpić, że stany podobne powstają przy szeregu schorzeń zakaźnych, w których wytwarzają się jady krążące, oddziaływujące na skórę. Za pomocą prób biologicznych wykrywamy, że skóra, pozornie prawidłowa, nie jest nią w rzeczywistości. Anatomja patologiczna i histologja, od których przed laty dermatologja tyle oczekiwała, zawodzą tu zupełnie.

Przekonano się dalej, że prócz toksykoz, wywołanych jadami, czy białkami bakteryjnemi, istnieją stany uczulenia, wywołane innemi substancjami. Prace K. Richeta i jego szkoły otworzyły nowy rozdział anaphylaksji i sensibilizacji. Prace Besredki pouczyły nas o sposobie desensibilizacji. Za niemi potoczyły się badania autorów niemieckich. Wstrząs anafilaktyczny zastosowano w lecznictwie. Szereg schorzeń znalazło wytłómaczenie (astma, gorączka sienna i t. d.). Jak powiedziałem, jest to nowy rozdział patologji i nie wiemy nawet dokąd nas zaprowadzi.

Nas, jako dermatologów, obchodzi to, że niektóre schorzenia skórne, jak bąblica i cała grupa osutek bąblowatych, należy tutaj. Autorowie amerykańscy, którzy obecnie najwięcej w tym kierunku pracują, zwracają uwagę, że niektóre wypryski są również niczem innem, jak wyrazem anafilaksji. Nie chcę tutaj wchodzić w rozbiór pojęcia wyprysku, ale nie mogę się oprzeć pokusie zaznaczenia, że zostawiwszy na boku *dermatitis e causa externa,* będziemy musieli w niedługim czasie uznać, że w grupie *eczema e causa interna* anafilaksja odgrywa jednę z pierwszych ról. Naturalnie nie wyłączną.

Myślę także, że nietylko bąblica i wyprysk, ale i wiele innych schorzeń w anafilaksji, znajdzie swe patogenetyczne źródło (pellagra, toczeń rumieniowaty — *lupus erythematodes).* Będą to prawdopodobnie jednostki chorobowe z grupy t. zw. auto- i heterotoksykoz. W nich skóra, jako całość, jako tło znajduj esię w stanie zmienionym. Zmian anatomicznych nie będzie, ale będą zaburzenia funkcjonalne albo jawne, efektywne albo też potencjalne.

Uświadomić sobie musimy, że stoimy dopiero na progu. Ilość i rozmaitość metod badania jest śmiesznie mała. Biologiczna djagnostyka skóry, dziś będąca w niemowlęctwie, przyjąć może rozmiary, o jakich nam się nie śni. Tutaj wspomnieć muszę o pracach nad metodyką odczynów biologicznych skóry Gröera i jego współpracowników, torujących nowe drogi.

Trzecim rozdziałem patologji, który ma dla skóry przeogromne znaczenie, jest endocrinologia. Gruczoły dokrewne, zawiadujące ekonomją soków, dzierżące pod przemożnym swym wpływem każdą komórkę, czyż mogą być pozbawione władzy nad skórą? Czy przeciwnie narząd tak ogromny, tak pierwszorzędny, nie jest bardziej, niż inne powołany, by być odbiciem wszelkich wahań w równowadze soków. Czyż choroba Addisona, Basedowa, obrzęk śluzakowy nie pouczają nas o tem dosadnie. Każdy myślący nowoczesnemi kategorjami przyrodniczemi musi pojąć i uznać, że skóra jest najczulszym wskaźnikiem biologicznym dla proc sów w ustroju się toczących. Każde najmniejsze odchylenie od równowagi znajdzie swoją odpowiedź w skórze, jawną lub utajoną, potencjonalną. Grube zmiany jawne są ogólnie znane, drobniejsze, jawne podchwyci nieraz bystre oko klinicysty. Są to jednak spostrzeżenia ułamkowe. Większość tych zmian pozostaje przed nami zakrytą. Brak nam do tej chwili w zupełności metod dla wykrywania nieprawidłowych stanów skóry, spowodowanych bądź zaburzeniami inkrecji, bądź też zaburzeniami t. zw. przemiany materji. Metoda Abderhaldena daje odpowiedzi mętne i nie bezpośrednie.

O takich stanach nieprawidłowych dowiadujemy się *ex post.* Gdy nas nasze zwyczajne leczenie zawodzi, gdy w przebiegu następują nieoczekiwane zwroty, gdy choroba przychodzi i odchodzi, nas o zdanie nie pytając, gdy *natura mater* szyderczo sobie z nas podrwiwa, wtedy dopiero uświadamiamy sobie, jak małą drogę dermatologja dotąd zrobiła, a jak wielkie przestrzenie ma przed sobą.

Na wstępie zaznaczyłem, że rozróżniam trzy grupy właściwości skóry, trzy etapy jej poznania.

Poznanie okiem poznanie metodami pomocniczemi i poznanie *ex post.* Tak jest dzisiaj. Spostrzegawczość osobista jest darem częścią wrodzonym, częścią nabytym doświadczeniem, ma jednak swoje granice. Przyszłość dermatologji jest w rozwoju metod badania. Jak mikroskop i teleskop rozszerzyły zdolność widzenia rzeczy dostrzegalnych, przedtem realnie istniejących, tak przyszłe metody wydobędą na jaw już nie rzeczy ale nawet stany utajone, właściwości potencjalne.

Wtedy dopiero dermatologja uzyska miejsce jej należne. Narząd, którego studjum poświęciliśmy się, z ostatnich szeregów przejdzie w pierwsze w patologji ustroju.

Z praktyki

Dr. Emil TERLECKI. Wieruszów.

Jeszcze o leczeniu zimnicy, ale swoistem i doraźnem

«Leczenie zimnicy trwa 24 dni, zużywa się 16,0 do 19,0 chininy; po 0,3 sześć razy dziennie, a przy nawrotach rozpoczyna się na nowo«[1]). Jakże się tu dziwić, jeśli podobne sposoby prowadzą do zwątpienia w skuteczność działania chininy i wywołują próby »nieswoistego leczenia«, kiedy »jedyny radykalny środek, chinina, zawiodła pokładane w niej nadzieje«, a »do wyjątków należą przypadki, gdy pod jej wpływem nastąpiło zupełne wyleczenie», i »mimo dokładnie przeprowadzonego leczenia chininą następują nawroty«.[2])

Otóż nietylko radykalne, ale nawet doraźne wyleczenie zimnicy chininą, rzeczywiście jedynym swoistym środkiem, należeć powinno nie do wyjątków, a stanowić prawidło. Chodzi tylko o to, co właściwie trzeba rozumieć pod nazwą dokładnego leczenia chininą, bo długie i obfite, jak z powyższego widać, nie jest jeszcze dokładne, gdyż nie zabezpie-

[1]) Dr. Tadeusz Wretowski, Pol. Gaz. Lekarska, 1922 r., N. 2
[2]) I. Goldfeil, Pol. Gaz. Lekarska, 1922 r., N. 9.

cza od nawrotów. Magazynowanie środka w tkankach ustroju nie zawsze wiedzie do celu. Inna się myśl nasuwa, wręcz przeciwna. »Pierwotniaki zimnicy tylko w pewnym okresie swego rozwoju mogą być zniszczone we krwi obwodowej, jedynie postacie młode, powstałe bezpośrednio po schizogonji, a więc merozoity, giną pod wpływem chininy, według panującego ogólnie poglądu, pod wpływem ciał odpornościowych ustroju, w myśl badań Cremonesego«.*) Wobec tego cały nasz arsenał powinien być zużyty i skierowany na zabicie tych młodych postaci w tym właśnie okresie. »Jestto jednocześnie ten okres w życiu pasorzytów, kiedy wywołują one napad zimnicy. Chwila największego niebezpieczeństwa, grożącego z ich strony ustrojowi, jest chwilą najmniejszej odporności pasorzytów. Chroniąc się przed porażką, dostają się do czerwonych ciałek krwi, gdzie są niedostępne dla działania niweczników. Tu rozpoczyna się działanie chininy: posiadając dodatnią chemotaksę w stosunku do czerwonych ciałek krwi, przenika ona do nich, wypędza pasorzyty i rzuca na pastwę krążącym we krwi przeciwciałom« (Cremonese).

Czas trwania napadu bywa bardzo rozmaity, liczy się na godziny, dnie i tygodnie (zimnica złośliwa). Kiedyż jest chwila czynnego wystąpienia chininy? Na to właśnie pytanie możemy dać kategoryczną odpowiedź. Nie początek i czas trwania napadu, a chwila jego przemijania, gdy ciepłota opada i zbliża się do normy przy obfitych potach. Okres od 38,0° do 37,0° C. W tym mianowicie czasie 1,0 chinini muriatici (dla dorosłego), wprowadzony najlepiej podskórnie, zabija pasorzyty i przecina chorobę.

Odpowiedź tę daje niezawodna skuteczność takiego postępowania, stwierdzona doświadczeniem u łoża chorego w ciągu 30 lat, i najpierw na samym sobie.

W końcu września 1892 r. na Kaukazie, w Stanicy Czerwlennaja, zapadłem na złośliwą postać zimnicy. Początek był bez dreszczów i ziębienia; dwa dni byłem na nogach przy pracy zawodowej ze stałą gorączką 39,0°–40,0° C. Na trzeci dzień wieczorem było już 41,8° C, w łóżku. Dwa tygodnie ciepłota stała bez remissji 39,5 do 41,8° C. Brak apetytu i snu absolutny (istna tortura), czasami drgawki. Tyfusowych objawów nie było żadnych, przytomność była jaknajzupełniej zachowana. Próba z chininą, przyjętą nad ranem *per os* w ilości 2,0 pierwszy raz w życiu, pozostała bez najmniejszego powodzenia i nawet śladu na biegu ciepłoty. Przytomne i całkiem bezsenne noce podsunęły mi myśl sztucznego przerwania gorączki dla powtórzenia próby z chininą. Z trudnością udało mi się przez posłańca sprowadzić ze Stanicy Groznaja parę dawek fenacetyny po 0,6. Jedna dawka, nad ranem przyjęta, w pół godziny sprowadziła ciepłotę z 39,5 do 36,0° przy bardzo znacznych potach. Natychmiast przyjęte *per os* 1,25 chininy było końcem choroby. Tegoż dnia w południe już byłem na nogach, przystąpiłem do likwidacji służbowych obowiązków i przygotowań do wyjazdu, po wygaśnięciu epidemji cholery, która mię tam zaprowadziła. Ciężar głowy, jak gdyby ołowiem nalanej, przez czas niejaki był jedynem wspomnieniem przebytej ciężkiej choroby.

Ten fakt posłużył mi za punkt wyjścia przy leczeniu zimnicy. W Chersonie, szczególnie podczas majowych jej wybuchów, towarzyszących opadaniu wylewów Dnieprowych, w przychodni 60-go Zamojskiego pułku przewijało się codziennie po kilka i więcej dziesiątków ostrych przypadków. Dostawali 0,6 fenacetyny dla przerwania napadu i w pół godziny 1,0 chinini mur. *per os* w rozczynie; część słabszych pozostawała w tak zwanym okołotku, a inni w kompanji pod dozorem felczera. Jednorazowe takie postępowanie w świeżych przypadkach bywa zupełnie wystarczające.

Natomiast złośliwe postacie (*febris perniciosa*), osobliwie u tych, którzy już przedtem miewali napady, nie zawsze się poddają takiemu postępowaniu. Miałem możność pierwszy raz się przekonać o tem na swojej matce, która przedtem chorowała niejednokrotnie na zimnicę. W Odessie, w końcu września 1897 r., zapadła na zimnicę. Ciepłota stała 39,5°–40,0° C, w ciągu trzech tygodni bez zmiany i przerwy. Durowych objawów nie było żadnych, język czysty, wilgotny, nie brak apetytu i snu. Samopoczucie względnie dobre. Przytomność niezamącona. Parokrotnie otrzymała fenacetynę z chininą *per os* bez skutku. W początku 4-go tygodnia w nocy o 2-giej godzinie krótki spadek do 36,0 C°. Zrana znowu 39,5° C. Po podanej fenacetynie podskórnie 1,0 chininy. Tegoż dnia chora wstała i do samej śmierci w ciągu 14 lat nawrotu nie było. Tylko w miejscu zastrzyknięcia zostawał w ciągu kilku miesięcy przy dotknięciu bolesny guz. Wówczas w dostępnem mi piśmiennictwie jeszcze nie było wzmianek o podskórnem wprowadzaniu chininy i wykonałem je z własnego natchnienia; rozczynu użyłem bardzo stężonego.

Charłactwo zimnicze (*cachexia palustris*), w Rosji »gnietuczka«, bez podniesionej ciepłoty, a często i przy niższej od normy (wieczorem 35,8° C), nie ustępuje także od chininy podskórnie wprowadzonej. Konieczne jest wywołanie napadu z podniesioną ciepłotą. Najpewniej w tym celu służą arszenik i żelazo, wyjątkowo i nieomylnie fer. lacticum lub H. reductum. Innych i lepszych prowokatorów nie byłem zmuszony nigdy szukać. Zapewne podniesione siły ustroju wywołują wkrótce odczyn właściwy.

Na Kaukazie, czyto w sąsiedztwie pławni Dnieprowych w Chersonie, w przybrzeżnych nizinach na wyspie Krecie, w nizinnych miejscowościach rzek Upy i Cny (Tuła i Tambów), uprzywilejowanych przez zimnicę, ten sposób postępowania zawsze był skuteczny i niezawodny. Niejednokrotnie miałem możność przypadki, uważane za dur, przerwać jednorazowem wprowadzeniem chininy podskórnie. Brak u chorego objawów apatji i depressji, czysty i zwykle wilgotny język, apetyt mniej lub więcej zachowany, zawsze powinny przy gorączce ciągłej nasuwać lekarzowi myśl o złośliwej zimnicy. Najtrudniejsze narazie jest odróżnienie od duru powrotnego. Tu rozstrzyga drobnowidz, o ile warunki sprzyjają, a zawsze — czas.

Rok 1898, marzec, Rethymna na Krecie, córka kapitana, Helena W., lat 8, dwa tygodnie leczona na dur brzuszny; ciepłota stała, szczyt 40,0° i więcej w godzinach południowych, wieczorem tylko 38° i kilka kresek. Wycieńczenie nadzwyczajne (skóra i kości), samopoczucie bardzo dobre, język czysty, wilgotny, otrzymuje codziennie 0,3 euchininy dwa razy, bez skutku. Podskórnie 0,5 chinini muriatici, fenacetynę *per os*. W drugim dniu najwyższa ciepłota 38,0°; w miejscu zastrzyknięcia martwica. Powtórzony zabieg, nazajutrz ciepłota prawidłowa i więcej się nie podnosiła w ciągu roku.

Rok 1903, Tuła we wrześniu, szeregowiec Iwan P. w miejscowym wojskowym szpitalu, przeniesiony na oddział chirurgiczny z rozpoznaniem *cirrhosis hepatis, ascit s*. Ciepłota podgorączkowa. Z wywiadów się okazało, że pochodzi z Iżewskiego Zawoda, miejscowości znanej z endemicznej zimnicy. Jednorazowo chinina podskórnie. Wysięk w dwa dni znikł, ciepłota normalna. Podobny przypadek spostrzegałem przedtem w Odessie w lazarecie Modlińskiego pułku.

Z ostatnich czasów kilka spostrzeżeń w Wieruszowie:

Sylwester M., lat 20, z Chobanina pow. Wieluński, 1922 r. koniec kwietnia. Chory 3 tygodnie, forma trzeciaczkowa, wycieńczenie bardzo znaczne. Ciepłota podczas wizyty 37,3° C. Fenacetyna; podskórnie 1.0 chininy. Nowych napadów dotychczas nie było. Zupełnie zdrów.

Stanisław K., lat 17, Podzamcze, 20 sierpnia 1922 r. Chory od 3 tygodni, postać trzeciaczkowa, napady po kilka godzin do 41,5° C. Wycieńczenie bardzo wielkie. Przy końcu napadu przy 37,3 podskórnie 1,0 chininy. Choroba przerwana. Po miesiącu nowy napad wywołany piciem surowej wody po używaniu obfitem owoców. Drugie zastrzyknięcie z umową, że więcej podobnych błędów w djecie nie będzie popełniał. Dotychczas zdrów zupełnie.

Władysława U., lat 18, przywieziona z Walichnowy, pow. Wieluński, w końcu sierpnia 1922 r. Chora obłożnie od pół roku, wycieńczenie nadzwyczajne. Ciepłota 37,3° C. Fenacetyna, 1,0 chininy podskórnie. Polecono żelazo, arszenik. Po upływie dwóch tygodni piechotą przeszła 17 kilometrów, wkrótce stanęła do kopania kartofli. Dotychczas zdrowa.

Najmniejszą dawką u dorosłego było 0,5 chininy, gdy więcej dostać nie było można.

Katarzyna B., moja sąsiadka, w Tambowie, lat 53, rok 1919 w kwietniu, chora od półtora miesiąca, forma trzeciaczkowa. W końcu napadu 0,5 chinini podskórnie. Choroba przerwana odrazu. Do 1922 roku nawrotów nie było.

U osób, dostających po chininie rumień toksyczny; podskórne wprowadzenie chininy obywa się bez objawów idjosynkrazji. Stwierdzono to niejednokrotnie.

Najcięższe objawy choroby można było spostrzegać na Kaukazie. Śledziona potwornie zwiększona, w postaci olbrzymiego guza twardego, wznoszącego okrycie chorego nakształt wielkiego wzgórza, okazującego przy omacywaniu dolną granicę o 4 ctm poniżej pępka i o 1 ctm od linji białej. Opuchnięciu ulega i wątroba; takie »zawały« leczone tam gorącemi kąpielami w Goriaczewodsku.

Nakoniec kilka koniecznych uwag co do technicznej strony zastrzyknięć dla uniknięcia bolesnego guza długotrwałego i innych powikłań, np. martwicy.

*) Goldfeil l. c.

Roczyn chininy wodny nie powinien być o znacznem stężeniu. Może być 10%, jeszcze lepiej słabszy. Zwykle w dwóch większych łyżkach stołowych wody nad lampą lub świecą wyjaławiam rozdzieloną chininę, poprzednio w jednej z łyżek, wyjałowiwszy gotowaniem igłę średniej grubości i strzykawkę Record dwugramową. Większych boją się dzieci i dorośli. W okolicy podżebrza, po wyjałowieniu, zbiera się palcami duży fałd skóry, igłę wkłówa się pionowo, żeby roczyn koniecznie dostał się do głębokiej warstwy tkanki podskórnej. Igłę się pozostawia, a strzykawkę zdejmuje, ile razy potrzeba roczyn po ostygnięciu zmieszać dobrze, nabierając strzykawką i wyciskając w łyżce. Koniec igły, nie wyjmując zupełnie, parę razy przesunąć w inne miejsce pod skórą. Przy zachowaniu tych ostrożności nigdy niema żadnego powikłania.

Postępowanie takie, przerywając chorobę, daje ogromną oszczędność czasu i kosztów przy leczeniu stacjonarnem w szpitalach i czyni je dostępnem dla niezamożnego ogółu. Obecnie cena lekarstwa stanowi bardzo często o możności leczenia. Przecież nie każdy może się zdobyć na 1635 marek za 1,0 chinini mur. (cena grudniowa), a koszt 16,0 gramów stanowi znaczną sumę, 26.160 marek.

Wieloletnie spostrzeganie stwierdza, że zarazki choroby dostawać się mogą do ustroju nie tylko przez ukąszenie komarów, lecz także przez picie surowej wody, używanie surowych jarzyn i owoców, niezawodnie i przez drogi oddechowe z opadającemi oparami, szczególnie po zachodzie słońca podczas wysiadywania w ogrodzie, lub nawet w dzień podczas leżenia, a tembardziej spania na ziemi lub trawie. Powolne oziębienie ciała sprzyja także wywołaniu utajonej choroby, też kąpiele w stawach i wogóle stojących wodach.

Wnioski:

1. Jedynym istotnie swoistym środkiem przy leczeniu zimnicy jest chinina. Poza chininum muriaticum, inne formy, jak ch. bimuriaticum itd., są zbyteczne.

2. Każdy napad, a zarazem i cała choroba, może i powinna być zlikwidowana przez jednorazowe wprowadzenie do ustroju odpowiedniej dawki we właściwej chwili.

3. Jedynym okresem, zwykle bardzo niedługim, do czynnego wystąpienia chininy jest chwila ustępowania napadu pomiędzy 38,0° i 37,0° C, odpowiadająca fazie rozwoju pasorzytów najmniej odpornej.

4. Przerwanie sztuczne napadu za pomocą środków obniżających ciepłotę, podobnie jak naturalny przełom, jest chwilą odpowiednią; jest wskazane w razach zimnicy złośliwej, a także w razie, gdy lekarz nie może oczekiwać końca napadu lub być w tym czasie wezwanym.

5. Najlepszym środkiem do przerwania napadu jest fenacetyna, działająca szybko i bezpiecznie.

6. Wprowadzenie chininy do ustroju najlepsze podskórne, w świeżych przypadkach może być *per os*. W takim razie jedynie w roczynach wody, wina lub wódki.

7. Dawka dla dorosłego waha się pomiędzy 0,5 i 1,5. Najzupełniej wystarczająca jest 1,0. U dzieci odpowiednio do lat, licząc po 0,06 na jeden rok.

8. Najlepszym środkiem do prowokacji napadu przy charłactwie jest stosowanie arszeniku i żelaza, ferr. lacticum lub H. reductum.

9. Podskórne wprowadzenie chininy usuwa objawy idjosynkrazji.

10. Sposoby leczenia zimnicy chininą *à la longue* i magazynowaniem są sposobami na ślepo, na chybił-trafił, oswajają ustrój i pasorzyty z działaniem środka i zasługują na miano szkodliwie rozrzutnych. (Chinina wydziela się całkowicie w ciągu 48 godzin).

Z powodu pracy dr. M. Wierzuchowskiego »Febris quintana chronica« (P. G. L. Nr. 9—10).

W imię zasady, iż w niebogatem naszem piśmiennictwie lekarskiem nie należy pomijać własnego, choćby najskromniejszego, dorobku, pozwalam sobie przypomnieć, iż o wyżej podanej, a u nas rzadko opisywanej chorobie, pisali: H. Rupert: Przypadek choroby zbliżonej do typu gorączki powrotnej lub tzw. febris quintana. Gaz. Lek. 1917 Nr. 12 i A. Puławski: Kilka słów o t. zw. gorączce wołyńskiej z powodu własnego przypadku. Now. Lek. 1922. Z. 10.

Co do samej nazwy choroby, to kto wie, czy nie najwłaściwszą byłaby *febris paroxysmalis neuralgica*, proponowana przez Schillenheima i Schlechta (Ergebn. der inn. Med. 1919 str. 484), jako uwydatniająca najważniejsze cechy tej choroby (napadowa gorączka i bóle), podczas gdy wszystkie inne nazwy, a między innemi i *feb. quintana* nie odpowiadają rzeczywistości. Należy liczyć się z badaniami autorów angielskich (podanemi przez Harringtona Presse Méd. 1922 Nr. 55), że przenośnikami tej choroby mogą być wszy. Zgadzam się chętnie z autorem, że należy się liczyć z obrazem klinicznym tej choroby, gdyż zdarza się ona jednak w naszym kraju, i że niekiedy, zwłaszcza w pierwszej serji napadów, może przedstawiać dość poważne trudności rozpoznawcze, jak to było w moim przypadku (posocznica? zimnica? gorączka powrotna?)

A. Puławski (Warszawa).

Oceny i sprawozdania.

H. Kleinschmidt. **Diagnostische und therapeutische Irrthümer und deren Verhütung. Kinderheilkunde, H. 5. Akute Infektionskrankheiten im Kindesalter.** Verlag von Georg Thieme 1922 Leipzig. Str. 147. Ze zbiorowego wydawnictwa Schwalbego, które zapowiedziano na powyższy temat z rozmaitych dziedzin, ukazały się już dwa zeszyty, dotyczące pedjatrji, jeden o chorobach systemu nerwowego w wieku dziecięcym Zapperta, drugi Fischla o gruźlicy, kile wraz z dodatkiem o kilku ważniejszych chorobach skóry. Obecnie przybywa trzeci, obejmujący ostre choroby zakaźne u dzieci.

Całość podzielona jest na cztery grupy. Każda z nich obejmuje tych kilka chorób, w których zmiany chorobowe dotyczą szczególniej pewnego jednego narządu. Jedna grupa obejmuje przeto choroby zakaźne z zajęciem przeważnie narządów oddychania, inna grupa choroby przewodu pokarmowego, inna skóry, ostatnia wreszcie choroby ze szczególniejszem zajęciem systemu nerwowego.

Potrzebę takiej książki usprawiedliwiają właściwości przebiegu chorób zakaźnych u dzieci, podobnie zresztą jak w całej patologji dziecięcej. Im ustrój młodszy, tem jest ich więcej, a stąd i omyłki są częstsze. Poucza o tem codzienne doświadczenie. Następstwa błędów rozpoznawczych mają tu bardzo doniosłe znaczenie wobec łatwości przenoszenia się tych chorób na inne osobniki młode szczególnie w rodzinach o licznych dzieciach lub w zakładach dziecięcych. Leczenie w tymże wieku ma również wiele szczególniejszych zadań do uwzględnienia. Do najważniejszych zadań należy sprawa odżywiania, dobór i dawkowanie lekarstw, metody fizykalnego lecznictwa i konieczność uwzględniania powikłań, których u dorosłych w tych samych chorobach wcale się nie widzi, lub tylko niekiedy. Autor, rozpatrując przy każdej chorobie najczęściej popełniane błędy tak w leczeniu, jak i w rozpoznawaniu, omawia zwięźle i przystępnie cały zbiór objawów obrazu klinicznego, przedstawia bogactwo nowoczesnych środków i metod badania a nadto podaje ocenę środków stosowanych. W ten sposób powstała niezwykła książka, którą uważać należy za podręcznik djagnostyki różniczkowej wraz z cennemi radami leczniczemi. Praktyczne i doskonałe ujęcie przedmiotu sprawia, że książka staje się prawdziwym przyjacielem lekarza-praktyka. Dzięki krytycznemu uwzględnieniu nowoczesnych zapatrywań może dać ona pełnię zadowolenia i specjaliście tego przedmiotu. Rozdziały o błonicy, odrze, grypie i durze w pełni to poświadczają. Jako znany hematolog dziecięcy dzieli się autor swem doświadczeniem, przedstawiając różniczkowy obraz krwi w każdej chorobie zakaźnej. Zapewne w następnem wydaniu znajdzie się jeszcze jeden opis zakażenia, bynajmniej nie rzadkiego w wieku dziecięcym, tj. zapalenia epidemicznego mózgu. Pożądane byłoby przedstawienie tego cierpienia przez pedjatrę.

St. Progulski (Lwów)

Przegląd piśmiennictwa

Biologja.

C. R. de la Soc. de biol.
Nr. 32. i 37. 1922.

B e s s o n i E h r i n g e r. **Nowy drobnoustrój wyosobniony z ostryg** Autorzy znaleźli w ostrygach świeżych lasecznika nie opisanego dotychczas, któremu nadają nazwę Bacillus ostrei. Ze względu na pewne cechy podobieństwa morfologicznego i biologicznego z bacillus Eberthi, duże znaczenie posiada dokładne określenie cech morfologicznych i zachowania się na pożywkach.

Bacillus ostrei różni się od lasecznika duru swoją zdolnością proteolityczną i wrażliwością wobec zieleni malachitowej; lasecznik nie rozwija się w środowiskach zawierających zieleń malachitową, używaną do wyodrębnienia lasecznika Ebertha.

Charakter morfologiczny, niewytwarzanie gazu, nieprodukowanie indolu i gnilnego zapachu, różnią bac. ostrei od bac. proteus. Od bac. halophilus, opisanego przez Rüssel'a a znalezionego w zatoce neapolitańskiej, różni się brakiem postaci zwyrodniałych charakterystycznych dla bac. halophilus, większą zdolnością proteolityczną i niewytwarzaniem gazu w żelatynie. Od bac. littoralis odróżniają zarazka ostryg większe zdolności proteolityczne i niewytwarzanie brunatnego barwika w hodowlach żelatynowych.

A. T r i a s i H. D o r l e n c o u r t. **Optimum wchłaniania adrenaliny w przewodzie pokarmowym.** Dorlencourt, Trias i Paychère wykazali, wbrew opinji często podnoszonej, że adrenalina wchłania się w przewodzie pokarmowym. Dowodem na to jest hyperglykemja przejściowa, a zmiany jej mają służyć jako kryterjum tembardziej, że hyperglykemja jest proporcjonalna do ilości adrenaliny wprowądzonej do organizmu. Ze względu na to, że miejscowe działanie zwężające naczynia krwionośne może stwarzać przeszkody we wchłanianiu, ustalenie miana roztworu adrenaliny, która ma być podana, jest rzeczą pierwszorzędnej wagi.

Hyperglykemja jest tem większa, im bardziej roztwór adrenaliny jest stężony; dla stężenia 20 krotnie silniejszego miano hyperglykemji wzrasta 5 krotnie. W rezultacie wchłanianie roztworów stężonych odbywa się dokładniej, lecz jednocześnie znacznie wolniej. Badania porównawcze wchłaniania adrenaliny przyjętej do wewnątrz wskazują, że podanie jej w roztworze izotonicznym jest lepsze niż w wodzie przekroplonej. Również i skład płynu izotonicznego wpływa znacznie na siłę wessania.

Izotonizacja roztworu adrenaliny ułatwia jej wchłanianie być może dlatego, że płyny izotoniczne, jak wykazał Camot, przechodzą szybciej z żołądka do jelit, aniżeli roztwory nieizotoniczne. Roztwór adrenaliny w płynie Ringera powoduje hyperglykemję dwa razy większą od tej samej ilości adrenaliny wprowadzonej w wodzie przekroplonej. Pozatem maksimum hyperglykemji zjawia się w krótszym przeciągu czasu. Fakty te mają znaczenie praktyczne; leczenie adrenaliną, podawaną per os, jest uzasadnione wobec zdolności wchłaniania się. By uzyskać najlepsze warunki działania u ludzi, autorzy proponują podawanie naczczo w dawkach 5—10 razy silniejszych od dawek, używanych do podskórnych wstrzykiwań, używając roztworów izotonicznych lub płynu Ringera. *W. Koskowski* (Lwów).

Położnictwo.

The american Journal of Obterics and Gynecology.
Vol. IV. Nr. 1. 1922.

W. H e r r i c k. **Ciąża i choroby serca z punktu widzenia medycyny wewnętrznej.** W nowojorskim Sloane Hospital dwaj wybitni specjaliści, położnik i internista, badali i spostrzegali dokładnie w ostatnich dwuch latach wszystkie przypadki wad sercowych u ciężarnych. Przedmiotem szczególnej ich troski były ciężarne, u których przychodziło do dekompenzacji wady. Zdaniem autora nie trzeba wtenczas myśleć o ciąży, tylko leczyć serce. Operacyjne przerwanie ciąży podczas niewyrównania byłoby błędem; może ono pociągnąć za sobą ciężkie niebezpieczeństwo. Autor podaje szczegółowo sposób leczenia, w którem przetwory napastnicy odgrywają ważną rolę. Nieraz trzeba było wielokrotnie wśród jednej ciąży leczyć powtarzające się niewyrównanie. Tylko gdzie ich nie można było usunąć, przerywano ciążę, przyczem uciekano się do sposobu operacyjnego jaknajmniej dla serca nużącego. Przy porodzie dbano o skrócenie drugiego okresu i oszczędzano, ile można było, chore serce. Najcięższem powikłaniem porodowem lub połogowem jest ostry obrzęk płuc, spostrzegany szczególnie często przy zwężeniu lewego ujścia żylnego. Chore po porodzie przeważnie nie wynoszą stałej szkody z odbycia ciąży i porodu. Na podstawie 40 przypadków dochodzi autor do przekonania, że 1) podczas ciąży trzeba uważać na najwcześniejsze objawy niewyrównania i zaraz je leczyć, że 2) każda chora z najlżejszem choćby niewyrównaniem wymaga leczenia szpitalnego, że 3) wśród niewyrównania nie trzeba przerywać ciąży, chyba że zawiodą wszelkie próby wyrównania czynności serca, że 4) niewyrównanie leczy się taksamo, jak u nieciężarnych, że 5) przerwanie ciąży jest wskazane, jeśli a) niewyrównanie nastąpi w bardzo wczesnym okresie ciąży, b) jeśli nie cofa się mimo leczenia, c) jeśli w poprzednich ciążach były ciężkie, wyleczyć się nie dające niewyrównania i d) jeśli są szczególnie ciężkie objawy, 6) sposób przerwania ciąży zawisł od różnych okoliczności i musi on mieć na celu skrócenie drugiego okresu porodowego.

J. K r o s s. **Wpływ wstrzykiwań wyciągów przedniego płatu przysadki mózgowej na narządy płciowe.** Z zestawień piśmiennictwa wynika, że zdania co do wpływu przysadki na narządy płciowe są podzielone. Niektórzy badacze twierdzą, że młode szczury dojrzewają płciowo uderzająco wcześnie pod wpływem wstrzykiwań wyciągów z przysadki, szczególnie z przedniego płatu. Wedle innych autorów wstrzykiwania te przyśpieszają wzrost zwierzęcia i mogą doprowadzić do olbrzymiego wzrostu. Inni badacze nie widzieli tego wpływu. Autor użył do doświadczeń 52 białych szczurów, którym wstrzykiwał sporządzony przez firmę Parke-Davis wyciąg z przedniego płatu przysadki (*antuitrin*), w dawce po 0·2 cm³ codzień z wyjątkiem niedzieli przez conajmniej dwa tygodnie. Ostatecznie doszedł do przekonania, że

1) Zwierzęta, którym podawano antuitrynę, nietylko nie ważyły więcej od zwierząt, użytych do kontroli, ale nawet mniej.

2) Jajniki zwierząt, którym podawano wyciąg z przysadki, nie okazywały bynajmniej żywszej lub wcześniejszej czynności, niż jajniki zwierząt użytych do kontroli.

P. F. W i l l i a m s. **Próby sprawności wątroby w ciąży za pomocą phenoltetrachlorphtaleiny.** Próba wymaga wprowadzenia zgłębnika do dwunastnicy, co może nastąpić w pół godziny, niekiedy jednak dopiero w dwie godziny po wprowadzeniu do żołądka, oraz wstrzyknięcia dożylnego phenoltetrachlorphtaleiny, poczem co dwie minuty bada się zawartość dwunastnicy, dodając 40% ługu sodowego. Zaznacza się czas zjawienia się odczynu w postaci purpurowo-czerwonego zabarwienia.

Autor badał 20 ciężarnych, nie otrzymał jednak wyników jasnych.

S. H. G e i s t. **Polipy maciczne, ich histologja, objawy kliniczne i próba etjologji.** Nowe jest tylko jedno, a mianowicie myśl, że polipy trzonu powstają wskutek zaburzeń wewnętrznowydzielniczych. Autor nie dostarcza jednak dowodu, że tak jest istotnie.

W. G. C o s b i e. **Kiła a poronienie, poród nieżywego dziecka i śmiertelność płodów.** Autor wykonywał próbę Wassermanna u 1674 ciężarnych kobiet. Tylko u 73 (4·3%) wynik był dodatni. U sześciu z tych 73 Wassermann był dodatni, choć kiły nie było; pozostało więc 67 kobiet kiłowych. Urodziły one 53 żywych a 14 nieżywych dzieci. Z 53 dzieci żywych, 28 okazywało dodatni odczyn Wassermanna w krwi pępowinowej. Z 292 kobiet, które roniły, tylko u 11 Wassermann był dodatni (3·8%). Zdaniem autora kobiety ronią nieporównanie częściej z powodu celowego sztucznego przerwania ciąży, a w czasie epidemji grypy, z powodu tej choroby, niż z przyczyny kiły. Nawet poród zmacerowanego płodu nie dowodzi kiły, jak chcą niektórzy autorowie, wedle których 95 razy

na 100 kiła jest powodem śmierci i maceracji płodu. Z drugiej strony jednak pewne jest, że im później w ciąży obumiera płód, tem prawdopodobniejsza jest kiła. Nie poronienie więc, tylko poród niewczesny lub przedwczesny nieżywego płodu przemawia za kiłą.

G. L. Brodhead i F. A. Kassebohm. **O zaśniadzie groniastym na podstawie 10 przypadków.**

Ross Mc. Pherson. **W sprawie zatrucia ciążowego, znanego jako eklampsia.** Autor przytacza liczne teorje odnośnie do patogenezy i etjologji tego cierpienia, przyczem kładzie silny nacisk na przewlekłe septyczne zakażenia, pochodzące od chorych zębów lub migdałków. W leczeniu odgrywa wielką rolę kierunek zapobiegawczy. Każda ciężarna może dostać rzucawki, zanim ona jednak wystąpi, zjawiają się objawy, które autor nazywa preeklamptycznemi. Najważniejszym z tych objawów jest wzmożenie się ciśnienia tętniczego, drugim z kolei białko w moczu i wałeczki, trzecim zmiany oczne. Zjawienie się któregolwiek z tych objawów wymaga leczenia, nie przerwania ciąży, które staje się wskazanem tylko w tych przypadkach, w których stan pogarsza się mimo leczenia, polegającego na leżeniu w łóżku, odpowiedniej djecie itp.

Już rozpoczętą rzucawkę leczył autor dawniej rozwiązując zasadniczo każdą chorą i miał wówczas śmiertelność matek 30·8%, a dzieci 30—35%.

Od 1916 unika zasadniczo operacyjnego rozwiązania i lecząc drgawki zachowawczo ma 16·3% śmiertelności matek, a 25·4% śmiertelności dzieci, ma więc teraz znacznie lepsze wyniki.

Swoje leczenie zachowawcze opisuje w następujący sposób: chora dostaje się do pokoju izolacyjnego, cichego i zaciemnionego i dostaje podskórnie 1/3 grana (0·02) morphii sulfurici, poczem zgłębnikiem wymywa się żołądek i wlewa doń dwie uncje (60 gr) oleju rycynowego. Wreszcie wprowadza się do kiszki grubej 5 gallonów [1]) 5% cukru gronowego. Jeśli ciśnienie przekracza 175 (zapewne mm rtęci), robi się upust krwi aż do spadku ciśnienia do 150. Nie podaje się veratrum viride. Chorą pozostawia się w spokoju i co godzinę wstrzykuje się 1/4 grana (0·015) morfiny podskórnie tak długo, dopokąd ilość oddechów nie spadnie do ośmiu na minutę. Drgawki nie zjawiają się już wówczas, a poród postępuje tak, że albo sam się odbywa, albo zakłada się niskie kleszcze.

H. Ehrenfest. **Postępowe położnictwo a problem porodowych uszkodzeń płodu.** Położnicy przeważnie nie wiedzą, że przyczyną śmierci dziecka podczas lub wkrótce po porodzie są 40 razy na sto urazowe zmiany wśródczaszkowe. Pozatem widuje się częściej, niż się to przypuszcza, złamanie kręgów, głównie szyjnych, krwotoki w wątrobie, trzustce, a szczególnie często w nadnerczu. Gdyby każde dziecko po porodzie badano bardzo dokładnie i szukano w niem zmian urazowych, gdyby w tym celu nietylko obmacywano i oglądano dziecko, ale używano nadto wziernika ocznego, nakłucia rdzeniowego i promieni X, toby się okazało, że np. około 20% prawidłowych i prawidłowo urodzonych płodów okazuje ślady krwotoków na siatkówce i że odsetek ten podnosi się do 40 u niedonoszonych, a do 50 u dzieci urodzonych przez ciasną miednicę. Stwierdzono by też, że około 10% dzieci kleszczowych ma porażenie nerwu twarzowego, że 1 1/2% wszystkich noworodków ma złamany obojczyk i że złamanie tej kości spostrzega się u 8% dzieci kleszczonych, a 6% płodów wyciągniętych za nóżki. Liczne i ciężkie urazy powstają u dzieci cuconych, głównie wskutek wahań Schultze'go. Położnicy powinni się znacznie więcej zajmować temi urazowemi cierpieniami płodów i powinni nauczyć się rozpoznawać krwotoki wśródczaszkowe wcześniej, zanim przyjdzie do drgawek i nieprzytomności. Autor szkicuje te wczesne objawy.

Najważniejszem wszelako jest stwierdzenie faktu, że nie długotrwały ucisk głowy powoduje przeważną ilość urazowych cierpień, tylko raczej nagły ucisk. Operacyjne przyśpieszanie końca porodu nie leży przeto w interesie płodu.

[1]) Gallon, miara zawierająca 4 kwarty angielskie.

E. A. Schumann i H. S. Fist. **Organiczne cierpienia układu nerwowego jako powikłanie ciąży.** W jednym przypadku była *myelitis transversa*, powstała u 20 letniej I-ródki, w drugim chodzi o *neuritis multiplex*, rozwijającą się po porodzie.

P. Graffagnino. **Przypadki ciąży brzusznej, spostrzegane w »Charity Hospital« w New Orleans.** Autor używa tu niewłaściwego mianownictwa mówiąc o ciąży brzusznej, (*abdominal pregnancy*). W 11 przypadkach, które przytacza, chodzi przeważnie o wtórną ciążę brzuszną z płodem donoszonym martwym, leżącym w jamie otrzewnowej.

Nr. 2. 1922.

L. A. Calkins. **Morfometria ludzkiego płodu ze szczególnem uwzględnieniem położniczego mierzenia głowy.** Autor użył do swoich badań 369 płodów zakonserwowanych w formalinie. Długość tych płodów była różna, od 23 do 544 mm, pochodziły więc one z różnych okresów rozwoju od 2 do 10 m. Ks. Autor dokonał bardzo dokładnie całego szeregu pomiarów i doszedł do przekonania, że istnieje stały stosunek pomiędzy jednym wymiarem, a drugim tak, że znając dokładnie jeden wymiar np. długość, zna się równocześnie wszelkie inne wymiary. Przytoczenie szczegółów przekraczałoby ramy referatu.

M. A. Goldberger. **Krótkie uwagi o fizjologicznem i embrjologicznem powstawaniu rzekomego obojnactwa z przytoczeniem przypadku.**

S. H. Geist i J. S. Somberg. **Podawanie naparstnicy przed operacją w celu zmniejszenia powikłań po zabiegach.** Jest rzeczą stwierdzoną, że po poważniejszych zabiegach operacyjnych ciśnienie tętnicze spada. Polak obliczył ten spadek średnio na 14·2 mm rtęci. Z drugiej strony pewne jest, że najpoważniejsze pooperacyjne powikłania, jak zapalenie płuc lub zakrzep żylny, powstają w związku z zaburzeniami w krążeniu. Z tego wynika, że chcąc zabezpieczyć operowane przed temi powikłaniami, należy nie dopuszczać do zaburzeń w krążeniu po operacjach.

Autorzy podają chorym przed zabiegiem duże dawki przetworów naparstnicy. Używają przytem dwóch sposobów. Jeden z nich nazwali »szybkim«. Polega on na podawaniu miareczkowanej *trae digitalis* i to w ostatniej dobie przed operacją — in dosi refracta, przyczem dochodzono do pełnej dawki 0,15 ccm na funt ciała.

Sposób »powolny« polega na podawaniu digitanu w ilości 1 1/2 grana co dwie godziny 6 razy. Kontrolowano działanie leku liczeniem tętna i elektrokardiograficznie. Wyniki były doskonałe. Sposobem szybkim digitalizowano 27 razy, powolnym 42 razy, równocześnie zaś spostrzegano i trzecią grupę operowanych (39 osób), u których nie podawano naparstnicy. Z tych ostatnich aż sześć osób miało zapalenie płuc, jedna zakrzep żylny, dwie wstrząs operacyjny i dwie nieżyt oskrzeli, podczas gdy w tamtych obu digitalizowanych grupach nie było żadnych powikłań, prócz lekkich nieżytów oskrzelowych. Ciśnienie spadało po operacji nie o 14·2 mm, tylko o 3 mm (sposób szybki) względnie o 5 mm (wolny). Chore, którym podawano naparstnicę, wyglądały po operacji lepiej, rzadziej wymiotowały i szybciej wracały do przytomności.

A. F. R. Andresen. **Odruchowe objawy żołądkowe w cierpieniach narządów miedniczych u kobiety.** Autor doszedł do przekonania, że 25% przypadków zaburzeń żołądkowych u kobiet jest natury odruchowej i pozostaje w związku z cierpieniami ginekologicznemi względnie z ciążą. Autor omawia następnie sposoby rozpoznawcze i zastanawia się nad leczeniem.

P. Graffagnino. **Ciąża zamaciczna.** Praca czysto statystyczna, nie przynosząca nic nowego.

R. L. Dickinson. **Próba drożności jajowodów i rozklejenie zalepionych jajowodów zapomocą zwykłej pipety, napełnionej powietrzem.** Metoda Rubina, polegająca na wprowadzeniu tlenu lub tlenku azotu poprzez macicę do jajowodów i jamy otrzewnowej, wymaga wielkiej aparatury. Autor, który w metodzie Rubina, tak rozpoznawczej, jak i leczniczej, widzi jedyną wielką rzecz, jaką w ostatnich czasach zrobiono na polu ginekologji, wyraża zapatrywanie, że wszelkie aparaty

Rubina są zbyteczne i że wystarczy w zupełności pipeta i zwykłe powietrze nietylko do przekonania się, czy jajowody są drożne, ale także do ich otwarcia w razie gdyby były lekko zalepione. Maciczną szklaną rurkę Skenego o tępym końcu wprowadza się do jamy macicznej, przyczem ujście wewnętrzne musi obciskać rurkę. Maść zalepiająca ujście zewnętrzne zdradzi łatwo cofanie się powietrza. Na koniec rurki, sterczący na zewnątrz, zakłada się balonik gumowy, zawierający nie więcej jak 4 cm³ powietrza. Balonik ten uciska się ręką, przyczem wpędza się powietrze balonika przez rurkę i jamę macicy do trąbek i jamy brzusznej, o ile trąbki są drożne. Jeśli są lekko zalepione, prąd powietrza rozkleja zlepy i czyni trąbkę drożną. Przy zupełnej niedrożności ręka ściskająca balonik czuje opór. Autor nie wspomina ani słowa o jakiemkolwiek niebezpieczeństwie, któreby wyniknąć mogło z użycia tego sposobu.

B. C. Hirst. **Niektóre sporne punkty w rozpoznawaniu przyczyn i w leczeniu niepłodności.** Do spornych spraw należy pytanie, czy *frigiditas* płciowa kobiety i brak orgasmus przy spółkowaniu może powodować niepłodność. Autor sądzi, że tak jest istotnie i przytacza anegdotyczne, mało przekonywujące przykłady. Porusza on nadto kwestję, czy niekiedy wydzieliny macicy i nasienie męskie nie zachowują się względem siebie wrogo, tak, że, choć i mężczyzna i kobieta są płodni, związek ich jest niepłodny. I to wydaje mu się prawdopodobnem. Interesuje go też pytanie, czy niepłodna para małżeńska przeniesiona w inny klimat nie może stać się płodną. I to ma ochotę potwierdzić, choć niema dowodu. Z zupełną słusznością wypowiada zdanie, że otyłość często powoduje niepłodność i radzi leczenie przeciw otyłości. Badanie drożności trąbek z pomocą wdmuchiwania gazu przez macicę do jamy brzusznej uważa za dobry sposób rozpoznawczy, choć nie pozbawiony ryzyka. Ginekologowie amerykańscy uprawiają wdmuchiwanie gazu przez macicę entuzjastycznie i uważają tę metodę nietylko za rozpoznawczą, ale nadto za leczniczą, przytaczając przypadki, w których gaz wprowadzony pod ciśnieniem około 300 mm rtęci uczynił trąbkę drożną a więc mechanicznie rozerwał jej niedrożność, poczem przyjść miało do ciąży.

Co do leczenia, to autor gorąco przemawia za zarzuconem dziś elektryzowaniem niedorozwiniętej macicy, uważa natomiast t. zw. *pessarium intrauterinum* (*stem pessary*), założone na tygodnie lub miesiące, za ryzykowne, przyczem twierdzi, że 7% kobiet tak leczonych uległo zakażeniu. Nie przemawia też za sztucznem zapłodnieniem tj. wprowadzeniem nasienia do jamy macicznej i wyraża wątpliwości, czy użycie do tego celu nasienia innego mężczyzny, niż męża, jest prawnie dopuszczalne. Pewna dama niepłodna wybrała się z prowincji do Filadelfji celem poddania się sztucznemu zapłodnieniu. Ponieważ mąż nie chciał ponieść kosztów dwóch biletów kolejowych, przeto poprosił mieszkającego w Filadelfji brata, ażeby odstąpił swojego nasienia.

W. H. Mackinney. **Niepłodność mężczyzny tam, gdzie się jej nie podejrzywa.** Autor jest andrologiem. Kolega jego Hirst przysyłał do niego mężów kobiet niepłodnych, u których nie znalazł przyczyny niepłodności. Było ich 82. Z tej liczby 39 tj. 47·6% okazywało niedomaganie, mogące być przyczyną niepłodności. U 22 była całkowita azoospermia, u 17 oligospermia. Otóż najdokładniejsze wypytywanie się i szczegółowe badanie nie wykazało u 2|3 tych mężczyzn przyczyny azoospermii względnie oligospermii, a tylko u 1|3 przyczyna była jasna tj. rzeżączka i zapalenie przyjądrzy, względnie mumps i zapalenie jąder. Ten właśnie wynik jest niespodzianką, gdyż okazuje się, że z nieznanych nam przyczyn może istnieć azoospermia lub oligospermia.

Royal C. Van Etten. **Sprawozdanie z 75 hysterektomji z powodu mięśniaków macicznych** nie zawiera nic nowego.

Walter E. Welz i Alfred E. Van Nest. **Spostrzeżenia nad leczeniem kiły podczas ciąży w oddziele sanitarnym** (department of health) **w Detroit.** Stacji I. tego departamentu powierzono troskę nad zdrowiem ciężarnych. W roku 1921 przyjęto tam 1467 ciężarnych, z tego białych 699 (47·6%) i murzynek 768 (52·4%). Ze szczególną dokładnością poszukiwano u nich kiły i znaleziono ją u 40 kobiet białych (5·7%) i u 153 murzynek (19·3%). Kiłę u tych osób leczono energicznie bez względu na okres ciąży. Tygodniowo robiono dwa wstrzyknięcia salicylanu rtęci (w gęsim oleju, *goose oil*) i jedno dożylne wstrzyknięcie neosalwarsanu 0·3. W ten sposób leczono przez 6 tygodni, przyczem co tydzień podnoszono dawkę neosalwarsanu aż do 0·6. U kobiet z choremi nerkami podawano mniejsze dawki rtęci. Wyniki leczenia były znakomite. W żadnym przypadku leczenie nie wywołało poronienia, a z 46 kobiet, u których porządnie przeprowadzono leczenie, 45 urodziło żywe dzieci. Natomiast ze 101 matek nieleczonych lub niedokładnie leczonych 25·7% dzieci urodziło się nieżywo. Opieka nad temi kiłowemi kobietami i nad ich dziećmi rozciągała się i poza zakład i dążyła do zupełnego wyleczenia kiły u chorych i do ochronienia zdrowych członków rodziny przed zakażeniem się.

G. C. H. Mc. Pheeters, **Zapobieganie rozstępom skórnym** *(striae gravidarum)*, **rozstępom mięśni prostych, opadnięciu trzew i zniekształceniu sutków w ciąży.** Już w drugim, a najpóźniej trzecim miesiącu trzeba rozpocząć energiczne mięsienie skóry, jeśli chce się zapobiedz powstaniu szpecących brzuch smug. Autor opisuje dokładnie i ilustruje to mięsienie. Wyniki miał znakomite, gdyż ani jedna z licznych jego klientek nie miała smug i skóra brzucha zachowała pełną elastyczność.

Rozstępu mięśni prostych uniknąć można używając dolnych podpasek, które autor ilustruje. Najtrudniej jest dać sobie rady z sutkami. Musi się je mięsić umiejętnie w kąpieli i po każdem miesieniu kłaść na nie zimny okład lub nawet na przemian gorący i zimny. Dobry napierśnik jest przytem konieczny.

Nr. 3. 1922

W. A. Newman Dorland i G. W. Bartelmer. **Kliniczne i embrjologiczne uwagi o bardzo wczesnej ciąży trąbkowej oraz badania nad doczesnowym odczynem w macicy i po za nią.** Bardzo szczegółowy opis przypadków ciąży trąbkowej, w którym jajko niepęknięte miało 8 na 12 mm średnicy, a płód dobrze zachowany 1,55 mm długości. Sprawa powstawania doczesnej w macicy, jajnikach, jajowodach, na otrzewnie w sieci itp. opracowana dokładnie z uwzględnieniem piśmiennictwa bez nowych na rzecz poglądów.

John Osborn Polak, Edith A. Mittell i Anna B. Magrath. **Czy istnieje związek między nadmiernem ciśnieniem tętniczem a mięśniakami macicy.** Zdaniem autora i antorek wysokie ciśnienie spotyka się przeważnie u tych kobiet z mięśniakami, które przekroczyły czterdziestkę, albo u takich, które cierpią na nerki lub serce. Nie zdaje się, żeby mięśniaki jako takie przyczyniały się do podniesienia ciśnienia. Usunięcie macicy z jajnikami podnosi na pewien okres czasu ciśnienie dość szybko, w każdym razie wyżej, niż wycięcie macicy z pozostawieniem tkanki jajnikowej. Jeszcze wyżej podnosi się ciśnienie, jeśli leczono siłą promienną radium. Ten wynik jest najmniej spodziewany i najciekawszy. Szkoda, że autor i autorki nie przeciwstawili chorym z mięśniakami innych chorych ginekologicznych dla porównania ciśnienia.

Reuben. Peterson, Ann Arbor. **Sto przypadków gruźlicy miednicznej u kobiet ze szczególnem uwzględnieniem wyniku operacyjnego leczenia.** Autor mówiąc »gruźlica miednicza« *(pelvic tuberc.)* ma na myśli gruźlicę narządów płciowych lub otrzewny. W ostatnich 20 latach operował sto takich przypadków, z tego u 44 wykonał amputację macicy z przydatkami. Siedm chorych umarło wkrótce po operacji i w związku z nią; o dwóch nie mógł się nic dowiedzieć; pozostaje więc 91 chorych, których los dał się stwierdzić. Szesnaście z nich zmarło, 75 żyje z tego 73 w dobrem zdrowiu. Z szesnastu zmarłych 9 uległo śmiertelnemu zakażeniu gruźliczemu.

Autor badał drobnowidowo usunięte operacyjnie trąbki i macice, i doszedł do przekonania, że w 50% przypadków macica była zajęta. Mimo doskonałych operacyjnych wyników, ostateczne wnioski autora są ostrożne. Zdaniem jego trzeba dokładnie wiedzieć, czy nie ma czynnej gruźlicy w płucach

lub gdzieindziej poza narządami płciowemi, zanim się weźmie nóż do ręki. I bez operacji gruźlica narządów płciowych może się wyleczyć. Jeśli jednak operuje się, lepiej jest czynić to radykalnie i usuwać nietylko jajowody i jajniki, ale i trzon macicy. O leczeniu gruźlicy energją promienną ani autor ani nikt w dyskusji nie wspomina.

J. V. Meigs, Bostow, Mass. **Studja nad rakiem gruczolakowym trzonu macicy.** Badania oparte na 44 przypadkach operowanych, nie przynoszą nic nowego.

Herbert Thoms, New Haven, Conn. **Szkicowanie wchodu miednicy z pomocą promieni Roentgena.** Powołując się na odnośne piśmiennictwo, dochodzi autor do przekonania, że, mimo licznych prób, nie podawano dotąd praktycznego sposobu użycia promieni X do ocenienia kształtu i wymiarów wchodu miednicy. Autor podaje własny sposób, który w największem skróceniu tak się przedstawia: Chora spoczywa na płycie w półleżącej pozycji, przyczem lekarz trzyma cyrkiel miedniczy tak, jak przy mierzeniu conj. ext. Band. Oba końce cyrkla, przedni i tylny, są w równej odległości od płyty, z czego wynika, że płaszczyzna wchodu jest równoległa do płyty. Lampa znajduje się 3—4 stóp ponad płytą i ponad środkiem wchodu. Na płycie wychodzi cień kości miednicy i cyrkla, przyczem z powodu rozbieżności promieni końce cyrkla są na płycie w większej odległości, niż w naturze, a rozmiary wchodu są w tym samym stopniu powiększone. Można je zmniejszyć i do naturalnych rozmiarów doprowadzić, jeśli ten Roentgeniczny negatyw sfotografuje się zwykłym aparatem tak, żeby na kliszy odległość końców cyrkla była taka jak w naturze. Wtenczas na fotografji widzi się nietylko kształt ale i prawdzie odpowiadające wymiary wchodu miednicy. Niestety nie można tego sposobu użyć w ostatnich miesiącach ciąży, gdyż brzuch zasłaniałby wchód miednicy i obraz byłby bardzo niewyraźny.

F. W. Rice. **W sprawie wysiłków, mających na celu zmniejszenie śmiertelności porodowej.** Odkąd Amerykanie dowiedzieli się z pracy de Lee'a, że w Stanach zjednoczonych umiera rocznie co najmniej 20,000 kobiet a 75,000 noworodków z powodu braku należytej opieki podczas porodu, odkąd inne zestawienia nauczyły ich, że więcej, niż połowa operacyj ginekologicznych ma na celu usunięcie szkody, zadanej przez poród, od tej chwili nie ustają usiłowania, dążące do poprawy tych smutnych stosunków. Idą one w kilku kierunkach. Naprzód poucza się szeroką publiczność o niebezpieczeństwach ciąży i porodu. Zdaniem autora zaledwie 50% ciąży przebiega prawidłowo. Drugim obowiązkiem jest dostarczyć dla wszystkich tak pouczonych ciężarnych i rodzących sposobności do zasięgania rady i szukania pomocy. Stąd konieczność stworzenia wielkiej ilości klinik i szpitali, nietylko dla rodzących ale i dla ciężarnych; dalej konieczność wykształcenia akuszerek i pielęgniarek, a przedewszystkiem lekarzy specjalistów. Wynika z tego, że kliniki, gdzie się uczy studentów, powinny mieć możliwie jak największy materjał ciężarnych i rodzących. Ten rozległy plan jest już w Ameryce w części wykonanym; poszczególne stany zakładają kliniki dla opieki przedporodowej (prenatal care) i jest nadzieja, że śmiertelność matek i dzieci da się wydatnie zmniejszyć.

W. E. Darnal i J. Kolmer. **O złośliwym brodawczaku nerki.** Opis jednego przypadku.

G. W. Outerbridge. **O przypadkowem przedziurawieniu macicy; z opisem trzech przypadków.** W jednym z tych trzech przypadków przebił macicę lekarz domowy, w drugim autor, w trzecim chora sama. W pierwszym i trzecim chodziło o spędzenie płodu.

John Van Doren Young. **Przekrwienie, uzyskane przez aspirację, w ginekologji.** Autor wymyślił przyrząd, którego fotografję podaje; składa się on ze strzykawki, z długiej twardej rury gumowej i z nasadek szklanych różnej wielkości i różnego kształtu. Nasadkę, odgrywającą rolę bańki, przykłada się do części pochwowej i przez pociągnięcie tłoka rozcieńcza się w niej powietrze, a przez to działa aspiracyjnie. Odpowiednie wentyle umożliwiają nagły powrót do zwykłego ciśnienia, potem powtórną aspiracją itd. Na to przerywanie aspiracji zwraca autor główną uwagę, dopatrując się w niem silnego bodźca dla macicy. Aspiracje spełniać mają dwa zadania: naprzód wyciągają śluz z szyi, z jej gruczołów lub z pęcherzyków (po ich przekłuciu), a powtóre sprowadzają zaburzenia w krążeniu, które odbijają się i w trzonie macicy. Autor leczył 221 chorych, z tego 125 z powodu białych upławów, 31 z powodu bolów miesiączkowych. Wyniki miał mieć dobre. O Bier'owskiem przekrwieniu biernem nie wspomina.

Willam P. Healy. **Opis uporczywego wrzodu sromu (esthiomène), wyleczonego z szczepionkami proteusa.** Opis przypadku, bardzo zresztą dokładny, pozostawia wątpliwości, czy ma się tu istotnie do czynienia z wrzodem żrącym sromu *(ulcus rodens vulvae)*. Ma się raczej wrażenie, że chodzi tu o uporczywie powtarzające się opryszczki *(herpes)* przechodzące w owrzodzenia. Winslow znalazł na dnie wrzodu prawie czystą hodowlę proteusa, z którego zrobił szczepionki. Zastosowano 30 zaszczepień od 50 do 500 miljonów bakt. Wrzód wśród tego leczenia zgoił się.

H. Grad. **Nowy przyrząd do trzymania szwów przy plastycznych operacjach pochwy.** Autor podaje fotografję przyrządu. Nie nadaje się do krótkiego streszczenia.

A. E. Hertzler, Halstead, **Promienie X i radium w zachowawczej ginekologji.** Autor zwalcza namiętnie leczenie mięśniaków energją promienną. Potępia ludzi, którzy bez wyboru wszelkie krwawienia maciczne chcą leczyć promieniami X lub radem. Nie szczędzi im nawet przezwisk. Mimo to sam popada w ten sam błąd, wykluczając energję promienną we wszystkich przypadkach i wszystkie chcąc operować.

Nr. 4. 1922.

P. Davis. **Macica po cięciu cesarskiem.** Autor uważał za właściwe usuwać macicę po cięciu cesarskiem, o ile zgłaszała się do porodu osoba, u której przy poprzedniem porodzie wykonano cięcie cesarskie. Tej zasadzie zawdzięcza możność histologicznego badania pięciu macic. Dwie z nich uległy pęknięciu, jedna rzekomo nie w bliźnie, tylko w jej sąsiedztwie. Te dwa przypadki dowodzą złego stanu i niewytrzymałości blizny; nieładnie też przedstawiał się mięsień macicy w dwóch innych przypadkach *(fibrosis)* a tylko w jednym robił wrażenie zupełnie prawidłowego. Autor nie wyprowadza z tego zestawienia wniosku, że bezpieczniej jest dokonywać cięcia cesarskiego nie w trzonie, tylko w dolnym odcinku.

A. B. Spalding, M. C. Shevky i T. Addis. **Rozległość uszkodzeń nerki w zatruciach ciążowych.** Autorzy opisują metodę obciążenia nerki i badania jej sprawności, oraz wyniki otrzymane tą metodą w przypadkach zatruć ciężarnych. Sposób polega na tem, że badanej osobie podaje się znaczną ilość mocznika (30 gr) i wody (750 do 1000 gr.) per os. Badana nie je a także i nie pije potem nic przez 18 godzin. W trzy godziny po spożyciu mocznika i wody zaczyna się badanie, przyczem oznacza się ilość mocznika wydzielonego w moczu przez godzinę i ilość mocznika zawartego w 100 ccm krwi i to w połowie tego czasu, w którem zbierano mocz. U osób ze zdrowemi nerkami ilość mocznika w moczu jest proporcjonalną do ilości mocznika we krwi. Autorowie postępują w następujący sposób: wypisują oni ułamek, w którym licznikiem jest liczba odpowiadająca ilości mocznika w godzinnym moczu, a mianownikiem ilość mocznika w 100 ccm krwi. U osobników zdrowych z równania tego wypada liczba 50·4 i tę autorowie nazywają 100% sprawności nerki. Im nerka częściej zmieniona, tem liczba ta jest mniejsza, zamiast tj. 100% sprawności otrzymuje się 50% lub 30%.

Prawidłowe ciężarne okazują doskonałą sprawność nerek; w przecięciu 106, a więc wyżej niż norma, co naprowadza autorów na przypuszczenie, że nerki przerastają podczas ciąży. Na osobnej tablicy zestawiają autorzy liczby, tyczące się ciężarnych ze zmianami chorobowemi w nerkach; współczynnik jest u nich niższym: 70% a w jednym przypadku nawet 31%. Najciekawsze są liczby tyczące się położnic, które jako ciężarne lub rodzące przeszły sprawy nerkowe. Współczynnik sprawności okazał się u nich niskim: u dwóch poniżej 50%, u trzech poniżej 70%. Wprowadza to autorów w zdumienie, chodzi tu bowiem o kobiety, które po chorobie

szybko wracają do zdrowia i nie okazują poza tym niskim współczynnikiem żadnych objawów nerkowych. Wynika z tego, że osoby te powinny być przez dłuższy czas pod świadomą celu opieką, jeśli nie mają wynieść z nefropatji stałej choroby nerkowej.

G. W. Lynch. **Tyłopochylenie macicy po porodzie.** Autor badał 1230 kobiet, które w jego klinice rodziły, i znalazł u 41·1% tych kobiet tyłopochylenie macicy już w 1 roku po porodzie. Odsetek ten jest zdumiewająco wysoki. Liczba 41·1% powstała z zestawienia dwóch zgoła do siebie niepodobnych, a mianowicie 44·8% tyłopochyleń u chorych ubogich i pracujących i 19·6% u chorych zamożnych. Wynika z tego jasno, że ciężka praca po porodzie ułatwia powstanie tyłopochylenia.

E. A. Schumann **Spostrzeżenia, tyczące się patologji i leczenia zaśniadu groniastego.** Uwagi autora o patologji są raczej bardzo niedokładnem zestawieniem odnośnego piśmiennictwa. Własnego zdania co do patogenezy zaśniadu nie wygłasza. Oryginalnie natomiast zapatruje się na leczenie. Wymaga ono, zdaniem autora, poprawy, skoro śmiertelność w tem cierpieniu jest bardzo wysoka (między 15% a 20%). Zejście śmiertelne spowodować może *sepsis*, krwotok, zapalenie otrzewny wskutek przebicia macicy oraz rozwój nabłonniaka kosmówkowego. Autor proponuje w przypadkach zaśniadu: laparotomje, przecięcie macicy, dokładne przyjrzenie się zaśniadowi i ścianie macicy i ocenienie, czy zaśniad nigdzie nie wnika w ścianę macicy i czy nigdzie w niej nie ma ognisk krwotocznych, i zależnie od wyniku tego badania albo odcięcie nadpochwowe macicy, albo wyłuszczenie zaśniadu i zeszycie macicy. Tylko u młodych pierwiastek, które pragną mieć potomstwo, można rozwiązywać drogami naturalnemi.

R. R. Smith, Grand Rapids. **Wypadnięcie cewki kobiecej i wynicowanie zewnętrznego ujścia cewki.** Autor nie omawia wypadnięć i wynicowań, spostrzeganych u dzieci, i ogranicza się jedynie do przypadków leczonych u osób dorosłych lub nawet starych. Zdaniem autora przyczyną wypadnięć cewki są urazy porodowe, które rozluźniły silny zwykle przyczep cewki do spojenia. Wwynicowanie błony śluzowej spostrzegamy u osób ze szczególnie szerokiem ujściem cewki, co, jak autor sądzi, jest następstwem urazu mięsnej ściany cewki. Autor radzi wynicowaną błonę śluzową wyciąć, a ujście cewki plastycznie zwęzić, przyczem opisuje technikę operacyjną.

Norman F. Miller, Anna Arbor. **Uterus didelphys z punktu widzenia klinicznego.** Dokładny opis jednego przypadku, dobre zestawienie piśmiennictwa (62 prace) i uwagi o doniosłości klinicznej tej wady rozwojowej. Wywody swoje opiera na zestawieniu 54 przypadków, z których 34 tyczy się kobiet zamężnych. Płodność ich jest duża, skoro u 31 zamężnych (91·1%) przyszło do ciąży. Wogóle opisano u tych 32 kobiet, (jedna niezamężna) 67 ciąży. Z tych 67 ciąż 19 (28·3%) skończyło się poronieniem, 7 (10·4%) porodem przedwczesnym, a tylko 41 (61·1%) doszło do kresu. Z tych 41 porodów na czasie 28 (68·2%) odbyło się prawidłowo, inne tj. 13 okazywało powikłania — między innemi z powodu tego, że drugi raz, a raczej druga jednorożna macica, przerosła, przeszkadzała płodowi mechanicznie. W innych przypadkach przeszkadzała przegroda pochwowa, w innych bóle porodowe były za słabe. Trzeci okres był dziwnie często zaburzonym zatrzymaniem całkowitem lub częściowem łożyska. W końcu pracy omawia zasady rozpoznawania leczenia.

I. Kross. **Zwyrodnienie jajników szczura, zachowanych po wyjęciu macicy; badania doświadczalne.** Po omówieniu piśmiennictwa (prawie wyłącznie amerykańskiego) dochodzi autor do przekonania, że jajniki, pozostawione po usunięciu macicy, bardzo często stają się źródłem cierpień, codoprowadzą nieraz do operacyjnego ich usunięcia. I tak przytacza doświadczenie Polaka, który 300 razy zostawił jajniki po wyjęciu macicy i był zmuszony 73 razy (24%) do wtórnej operacji z powodu wytworzenia się torbieli w tych jajnikach, albo z powodu ich zakażeń lub innych dolegliwości. Autor, badając tę sprawę doświadczalnie na młodych, ale płciowo dojrzałych samicach szczurów, doszedł do przekonania, że jajniki ulegają zwyrodnieniu po wyjęciu macicy, i to nawet w tych przypadkach, w których pozostawiono nietknięte krążenie tych narządów. Pierwsze objawy zwyrodnienia spostrzega się na jajkach, potem na nabłonkach mbr. gruczołowe. Te badania mają, zdaniem autora, zachęcić operatorów do usuwania jajników podczas hysterektomji.

C. M. Stimson. **Wpływ łożyska na gruczoł mleczny.** Autor nie powołuje się na żadne piśmiennictwo; zdaje się go nie znać. Ze spostrzeżeń i rozmyślań nad wydzielaniem mleka dochodzi do przekonania (dawno w piśmiennictwie europejskiem wyrażonego), że łożysko wytwarza jakiś hormon, hamujący wydzielanie mleka, i że dopiero po odłączeniu się łożyska może przyjść do tego wydzielania. Przytacza na dowód tego bardzo ciekawy i przekonywujący przypadek. Kobieta lat 36 rodzi po raz ósmy. Dotychczas karmiła z powodzeniem wszystkie dzieci, tym razem nie ma pokarmu. Próbuje mimo to karmić przez 10 dni, poczem dziecko przechodzi na flaszeczkę. W trzy dni później dostaje bolów porodowych i wyrzuca z macicy kawał łożyska wielkości cytryny, który nie okazuje zwyrodnienia i robi wrażenie świeżo oddzielonego. Jeszcze w trzy dni później zaczyna karmić dziecko i odkarmia je doskonale. *A. Rosner* (Kraków).

Bibljografja.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Ginekologja polska. T. II. Z. 1. J. Szymanowicz: O leczeniu przetok moczo-płciowych drogą przezpęcherzową. — H. Beck i H. Gromadzki: Przeciętna krzywa ciepłoty i tętna w połogu. — H. Lewicki: Bezbolesny poród.

Lekarz wojskowy Nr. 1. — 1923 r. I. Zieliński: Kilka uwag w sprawie superrewizji oficerów i równorzędnych. — T. Kucharski: Zaprowiantowanie szeregowych w oddz. wojskowych. — M. Schleicher: O ponownem zakażeniu kiłowem. — S. Hubicki: Wojskowa szkoła sanitarna.

Opieka nad dzieckiem Nr. 1 — 1923 r.: B. Krakowski: O dziecku, jako o przyszłości narodu. J. Gromski: O zasadach organizacji opieki nad matką i niemowlęciem. — J. Bogdanowicz: Wyniki własnej ankiety w sprawie higjeny snu w wieku szkolnym. — K. Brześciański: O przestępczości nieletnich na tle sądu dla nieletnich m. st. Warszawy. — Al. Janowski: O znaczeniu przyrody w wychowaniu.—Adres redakcji i administracji: Warszawa. Jasna 11 — lokal P. H. K. P. D.

Od 1 stycznia Redakcja nasza powyższych numerów nie otrzymała. (Przyp. Red.)

Zdrowie Nr. 1. r. 1923.: J. Zieliński: Higjena przemysłowa. — J. Gracz: Zatrucia mięsem. — W. Gądzikiewicz: Chleb powszedni (ciąg dalszy).

Klinika Oczna, rok I. Zeszyt I.: K. Noiszewski: Leczenie opadnięcia siatkówki djetą bezchlorową. — J. Szymański: O wycięciu tarczki przy jaglicy — tarsectomia combinata Kuhut-Sleiszath Mc. Callana. — W. Filiński i W. Melanowski: Ślepota przy krwotoku z żołądka. — S. Szmaj: O przyczynach spraw wysiękowych i rozrostowych w siatkówce. — J. Frankowska: O leczeniu galwanizacją keratitis dystrophica. — J. Szymański: Szemat połomierny do automatycznego wykreślania granic wrażliwości siatkówki na światło. — Noiszewski: Minimum visible et minimum separabile a widzenie integralne i widzenie dyferencjalne.

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 22. listopada 1922.

Przewodniczy kol. Woyciechowski. Obecnych członków 70. Posiedzenie odbyło się w klinice medycznej:

1. Pułk. Dr. Masny wygłosił referat o lotnictwie sanitarnem. W przemówieniu swem zaznacza prelegent, iż na zachodzie lotnictwo sanitarne rozwinęło się bardzo, oddając nieocenione usługi w przewożeniu chorych, szczególniej w okolicach pozbawionych odpowiednich dróg komunikacyjnych, jak się to dzieje obecnie w Mezopotamji. W obawie, aby zagranica, a szczególniej Niemcy i Rosja, nie uprzedziły Polski — zjawia się obecnie prąd ku stworzeniu, i to siłami społeczeństwa, sanitarnego lotnictwa. Wobec tego zwraca się prelegent do Towarzystwa lekarskiego, aby ono w odpowiedni sposób myśl powyższą propagowało.

2. Kol. Zawistowski pokazuje chorą z wielokrotnym chrzęstniakiem i omawia szczegółowo powyższy przypadek tak ze stanowiska klinicznego, jak i anatomo-patologicznego.

3. Kol. W. O r ł o w s k i przedstawia a) przypadek **ciężkiej cukrzycy** z gruźlicą płuc, pouczający pod tym względem, że cukier znikł z moczu dopiero po dodaniu 30 grm. chleba do djety białkowotłuszczowej, która sama, pomimo 30-dniowego jej stosowania, nie usunęła cukromoczu, a tylko obniżyła go z 582 grm. na dobę do 40—28 w trzecim tygodniu; chory nie ma cukromoczu już 2 tygodnie;

b) 2 przypadki **dychawicy oskrzelowej,** powstałej na tle przewlekłego nieżytu dróg oddechowych, w których odczyny skórne na różne ciała proteinowe wypadły ujemnie, natomiast badanie układu mimowolnego wykazało wybitną wagotonję;

c) chorego z bólami w żołądku w 1 godz. po jedzeniu oraz wymiotami. Chory przechodził poprzednio 3-krotną operację z powodu wrzodu żołądka — po ostatnim zabiegu 12. IX. 1902. chory nie doznał żadnej ulgi, bóle wzmogły się. Badanie kliniczne roentgenologiczne wykazało **wrzód przyodźwiernikowy** u osobnika z wybitną wagotonją. Dolegliwości żołądkowe ustąpiły bez zabiegu operacyjnego a tylko pod wpływem leczenia djetą i neutralonem. Przypadek ten jeszcze raz stwierdza, że, skoro dla usunięcia wrzodu żołądka wykonuje się zabieg operacyjny, nie należy ograniczać się tylko do samej operacji, lecz poddawać chorego następowemu leczeniu dla zapobieżenia nawrotom, wrzód bowiem żołądka jest najczęściej chorobą ogólnoustrojową;

d) przyp. **guza jamy brzusznej** u chorego 61-let., u którego przed pół rokiem zaczęły się zjawiać bóle w lewym boku w lewobocznem położeniu chorego; stopniowo bóle się wzmagały; obecnie są stałe, niezależne od jedzenia i położenia ciała; ostatnio dołączyło się osłabienie i szybkie chudnienie (8 kilo w 2 miesiące). Badanie przedmiotowe wykazuje: silne wypuklenie brzucha, zwłaszcza lewej jego połowy; z pod lewego łuku żebrowego wychodzi duży, równomiernie twardy, nieco nierówny, nietętniący, niechelboczący tkliwy guz, dochodzący ku środkowi ciała prawie do linji środkowej, ku dołowi prawie do górnego kolca biodrowego, z 2 wrębami w środkowym i jednym w dolnym brzegu. Guz jest lekko ruchomy podczas głębokich oddechów. Nad guzem odgłos opukowy stłumiony, jedynie górna część guza, leżąca w nadbrzuszu, daje stale odgłos bębenkowy. W śródbrzuszu znajduje się drugi guz o powierzchni nieco płatowatej, twardy, nieruchomy, niepołączony z poprzednim; w jamie brzusznej mierna ilość wolnego płynu. W ciągu 10-dniowego spostrzegania w klinice siły chorego coraz bardziej słabły, zjawiły się szmery i tarcia w okolicy obu guzów. Nakłucie pierwszego guza dało ciecz krwawą. Rozpoznanie kliniczne opiewało: miażdżyca tętnic, gruźlica prawego płuca (sekcja wykazała drobne rozsiane gruzełki także w lewem płucu w szczycie) i nowotwór złośliwy śledziony. Rozpoznanie to uzasadniał: szybki przebieg choroby, charłactwo, guzy w brzuchu i szmery i tarcia otrzewnej. Wszystkie cechy pierwszego guza przemawiały za jego przynależnością do śledziony, z przerzutami do gruczołów zaotrzewnych, zwłaszcza śródbrzusza, gdzie wyczuwało się drugi guz. Towarzyszyło temu następowe zapalenie otrzewnej. Pewne trudności rozpoznawcze nastręczał guz nadbrzusza z odgłosem bębenkowym. Ten odgłos mógł przemawiać za przynależnością tego guza do tylnej ściany żołądka lub gruczołów zaotrzewnych. Badanie treści żołądkowej wykryło brak w niej wolnego kwasu solnego; temu jednak nie można było przypisywać większego znaczenia, treść bowiem zawierała bardzo obficie żółć i nie zawierała krwi utajonej, ogólna zaś kwaśność, pomimo dużej ilości żółci, wynosiła 22. Ze względu na bezwarunkową łączność tego guza nadbrzusznego z guzem, który miał cechy guza śledzionowego, i jednakową z tym ostatnim jego spójność, uznano guz nadbrzuszny za przynależny do śledziony, pomimo, że raz jeden powiodło się go oddzielić od łuku żebrowego. Ustalić, czy złośliwy guz śledziony jest pierwotny czy przerzutowy, za życia nie można było, a to wobec ujemnych poszukiwań innych guzów po za przerzutami do gruczołów. Nader interesujących danych dostarczyło 3-krotne, w krótkich odstępach czasu przeprowadzone, badanie krwi. Mianowicie, krew okazała się bledszą od prawidłowej, wodnistą, rulony tworzyła dobre i zawierała w badaniu na 10 dni przed śmiercią średnio obfite poikilo- i mikrocyty oraz nieliczne ciałka czerwone wielobarwliwe; Hb 46 (Sahli); krw. czerw. 3.816.000, wskaźnik barwikowy 0,6; ciałek białych naczczo 33.900, w tem małych limfocytów 7·5%, wielojądrzastych obojętnochłonnych 62·5%, metamjelocytów 27·5%, mjelocytów 1·5%, mjeloblastów 0·5%, komórek Ehrlicha 0·5%. Na 4 dni przed śmiercią ilość ciałek białych 16.800, limfocytów małych 7%, wielojąd. obojętnochł. 45%, metamjelocytów 42%, mjelocytów 6%, wreszcie, w przeddzień śmierci, Hb 43, krw. czerw. 3.900.000; wskaźnik barw. 0·5, ciałek biał. 28.100, w tem limfocytów małych 5%, wielojądrz. obojętnochł. 25%, metamjelocytów 62%, mjelocytów 7% i mjeloblastów 1%. Krew więc przedstawiała objawy niedokrwistości z coraz wzmagającą się czynnością leukoblastycznej części szpiku kostnego. W przeddzień śmierci znaleziono we krwi także bardzo skąpe czerw. krwinki jądrzaste oraz liczne makro-, mikro- i poikilocyty, wreszcie, wielobarwliwe. Ze względu na szybki przebieg choroby, szybki rozwój chery i wysoką zawartość we krwi macierzystych dla krwinek białych komórek szpikowych, wykluczono aplastyczną postać białaczki, a ze względu na brak bólów w kościach i uciskowej ich bolesności, możliwość przerzutów do szpiku. Badanie zwłok, oprócz miażdżycy naczyń i zmian gruźliczych w płucach, wykazało raka rdzeniastego na tylnej ścianie żołądka (za życia go nie wyczuwano), o utkaniu bardzo miękkiem z głębokiem owrzodzeniem w pośrodku. Rak ten przerastał nawskóś tylną ścianę żołądka i łączył się bezpośrednio z ogromnym guzem, zapełniającym torbę sieciową. Guz kształtu powiększonej śledziony, oraz złączony z nim nierozerwalnie guz nadbrzusza, wreszcie guz śródbrzusza, stanowią ogromny twór, leżący po za żołądkiem i poniżej jego, twór wypychający okrężnicę poprzeczną prawie aż do spojenia łonowego, a śledzionę, wielkości prawidłowej, daleko na lewo i ku górze. Twór ten jest złożony z mniejszych, ze sobą pozrastanych guzów, nigdzie nie przerasta przez otrzewnę, tworzącą przednią blaszkę więzadła żołądkowo-okrężniczego, i zawiera liczne jamy rozpadowe z treścią krwawą. Przypadek jest wysoce pouczający ze względu na niepokonalne trudności rozpoznawcze i niezwykły odczyn szpiku kostnego, który nie tylko przewyższał wszystko, co dotychczas pod tym względem wiadomo dla nowotworów złośliwych, lecz nader szybko potęgował się z dnia na dzień. (Streszczenie własne).

4. Kol. T e m p k a przedstawia: a) chorego 59-letniego (z kliniki med. U. J.) z **Lymphadenosis leukaemica chronica,** który przed 37 laty przebył zakażenie kiłowe, leczone kilkakrotnie energicznie rtęcią i salwarsanem. Obecnie przedstawia chory obok objawów białaczkowych, pyorrhoea alveolaris i skazę krwotoczną w postaci drobnych wybroczynek na przedudziach, zwłaszcza po stronie przedniej i na wewnętrznej powierzchni obu przedramion. Hematologicznie, poza silnie dodatnim objawem opaskowym, średnio zmniejszoną ilością trombocytów (61·000—64·000 w 1 mm^3) zmian się nie stwierdza. Tę krwotoczną wysypkę miewał już chory poprzednio kilkakrotnie, równocześnie z podniesieniem ciepłoty i bolesnością, obrzękiem stawów skokowych i garstkowych. T. zastanawia się nad istotą tej wysypki krwotocznej i bierze następujące możliwości w rachubę: albo jestto skaza krwotoczna objawowa, albo samoistna; w pierwszym przypadku może być ona następstwem białaczki albo zakażenia kiłowego, albo trującego działania salwarsanu. T. nie przyjmuje jako przyczynę białaczki, gdyż skaza ta pojawiała się u chorego jeszcze przed wystąpieniem objawów białaczkowych (według dokładnych spostrzeżeń i badań krwi, przeprowadzonych przez lekarza ordynującego), wyklucza zakażenie kiłowe, jako tło, gdyż obecnie chory nie okazuje żadnych objawów kiłowych, a odczyn Wassermanna jest ujemny; również nie może przyjąć jako przyczyny ewentualnego zatrucia salwarsanem, gdyż brak chronologicznego związku między leczeniem przeciwkiłowem a wystąpieniem tej skazy. Należy więc przyjąć skazę krwotoczną pierwotną. T. wyklucza na podstawie danych klinicznych i hematologicznych krwawiączkę dziedziczną i nabytą, chorobę Werlhofa, wreszcie sprawę, która — jakkolwiek nie należąca do skaz krwotocznych — przecież ze względu na zmiany dziąseł, mogłaby wchodzić w grę, mianowicie gnilec. Drogą wykluczenia i na podstawie obrazu klinicznego i hematologicznego, przyjmuje plamicę anafilaktoidalną, mianowicie jej postać, oznaczoną jako purpura rheumatica, względnie w obecnym stanie jako purpura simplex;

b) omawia przebieg kliniczny i wynik oględzin pośmiertnych 36-letniej chorej, która po 1½-dniowej obserwacji w klinice med. U. J. zmarła wśród objawów ostrej postaci **choroby Werlhoffa** z tendencją do przejścia w Aleukia haemorrhagica. (Thrombopenia essentialis acuta in stadio prae-aleukiae, haemorrhagicae). (Rzecz przeznaczona do druku).

P o s i e d z e n i e z dnia 29. listopada 1922.

Przewodniczy kol. W a l t e r. Obecnych członków 95.

1. Na nowych członków przyjęto kol. ppul. Edmunda G r o s s a, kpt. Adama O s i ń s k i e g o, kol. Józefa W y r o b i s z a, Borysa P i e c z e n k ę, Józefa S p i r ę i Henryka W a c h t l a.

2. Kol. S u r z y c k i interpeluje w sprawie listy kandydatów do rady izby lekarskiej, ułożonej przez Wydział związku lek. małop., zaznaczając, iż lista powyższa jest dla wielu lekarzy niespodzianką. W sprawie tej zabierali głos kol. Cercha, Strzemieński, Glatzel. Dyskusję zamknięto wnioskiem, aby zwołać nadzwyczajne posiedzenie w celu omówienia powyższej sprawy ewentualnie ułożenia nowej listy, która byłaby zgodniejszą ze zapatrywaniami kolegów, którzy o składzie listy przedstawionej przez związek nie byli w odpowiednim czasie poinformowani.

3. Następnie kol. R o s e omawia dwa przypadki z **chirurgji mózgu.**

Kol. R o s e n h a u c h zabiera głos w sprawie pierwszego przypadku przedstawionego przez kol. R o s e g o. Chora zgłosiła się do niego przed kilkoma miesiącami. Badanie sprawności oczu (bystrość wzrokowa, pole widzenia, napięcie gałki) wykazało stosunki zupełnie prawidłowe poza drobnem powiększeniem plamy M a r i o t t e'a. Obustronna tarcza zastoinowa, wybitniejsza po stronie prawej. Taki stan utrzymywał się przez kilka miesięcy. Dopiero w ostatnich tygodniach tarcza zastoinowa prawego oka wzmogła się bardzo wybitnie, a bystrość wzroku obniżyła się do rozpoznawania ruchów ręki. A kiedy zarazem i lewe oko słabnąć zaczęło (V $^{6}/_{8}$), wykonano zabieg operacyjny. Zagadkowym w tym przypadku jest fakt, że guz znajdował się w lewej połowie czaszki, a tarcza zastoinowa występowała od początku wybitniej po stronie prawej i prawe oko utraciło niemal w całości zdolność widzenia, kiedy lewe było jeszcze prawie prawidłowe. Przyczyny tego faktu

szukać należy, zdaniem R., w różnicach anatomicznej budowy drogi, jaką nerw wzrokowy przebiega z prawej i lewej strony. R. stwierdził, że kanał wzrokowy kostny, wejście do kanału od strony czaszki czyli tak zw. kanał błoniasty, wreszcie pierścień twardówkowy t. j. wejście nerwu wzrokowego do gałki przedstawiają u jednego i tego samego osobnika, bardzo wybitną asymetrję. Różnice pomiędzy prawą i lewą stroną są nieraz bardzo znaczne. Z której strony kanał czy pierścień będzie ciaśniejszy, tam tarcza zastoinowa wystąpi pierwej lub wybitniej. Stosunki rodzinne nie pozwoliły w tym przypadku na sekcję, ale R. jest przekonany, że mieliśmy tu do czynienia z uwięźnięciem nerwu wzrokowego w jednym z trzech powyżej wspomnianych punktów »minoris resistentiae«.

3. Kol. Kostrzewski wygłosił wykład p. t. »**Szczepienie gorączki powrotnej u metaluetyków**«. Ze względu na spóźnioną porę dyskusję nad odczytem odłożono do następnego posiedzenia. Odczyt powyższy przeznaczony do druku.

Sekretarz *Dr. Wysocki.*

WINCENTY PUŁAWSKI.

(Wspomnienie pośmiertne).

Dnia 22. I. r. b. w Radziejowie na Kujawach zmarł nagle Wincenty Puławski, lekarz praktykujący w tem mieście przeszło od lat 30. Zmarły cieszył się powszechnem uznaniem za prawość charakteru, bezinteresowność, wiedzę i umiejętność fachową. Urodzony w Warszawie w r. 1865, naukę pobierał tamże. Dyplom lekarski uzyskał w r. 1889. Zmuszony wziąć się odrazu do pracy zarobkowej, wyjechał z początku do Słowatycz w Siedleckiem a po niedługim tam pobycie przeniósł się do Radziejowa. Już za czasów gimnazjalnych P. był przyzwyczajony do samodzielnej pracy intelektualnej, należąc do Kółek samokształcenia, srodze przez naczelne władze prześladowanych, w których młodzież uczyła się przedmiotów tak dla państwa niebezpiecznych, jak języka ojczystego, historji, nauk przyrodniczych i t. d. Znalazłszy się na głuchej prowincji, P. uczuł znane każdemu lekarzowi braki w wykształceniu lekarskiem, wziął się więc raźno do pracy, aby braki te uzupełnić. Od dzieciństwa przyzwyczajony do skromnych warunków życia, w dalszym ciągu prowadził życie anachorety, poświęcając ciężko zapracowany grosz na kupno książek, instrumentów, mikroskopu, prenumeratę pism polskich i obcych. Z czasem, gdy fundusze na to pozwalały, co rok wyjeżdżał za granicę dla zwiedzania klinik i szpitali, na zjazdy lekarskie polskie, których był gorliwym i czynnym uczestnikiem, zabierając głos w sprawach, które Go bliżej interesowały. A sprawami temi była hygjena i zdrowie tych warstw społecznych, z któremi się najczęściej spotykał — ludności miejskej i małomiasteczkowej.

Z chwilą odkrycia surowic leczniczych, a przedewszystkiem surowicy przeciwbłoniczej, stał się jednym z pierwszych i najgorętszych propagatorów tej metody w naszym kraju. Będąc dobrym i sumiennym obywatelem, zbierał skrzętnie swe spostrzeżenia i dzielił się niemi corocznie z ogółem w pismach lekarskich. W ten sposób powstało trzydzieści kilka prac, posiadających głębszą wartość. Statystyka własna Puławskiego w tej dziedzinie doszła do poważnej cyfry 1053 przyp. błonicy i 153 płonicy. Prof. R. Nitsch w cennej swej monografji pt. Szczepionki i surowice 1921, analizując ważniejsze prace P-go, wyraża się o nich: »zasługują na to, aby je obszerniej omówić, są bowiem dowodem, że i lekarz na prowincji — o ile chce — może dojść do pięknych wyników, których mógłby mu pozazdrościć niejeden oddział szpitalny i kliniczny« (str. 375). Systematyczność, wytrwałość i krytycyzm oto główne cechy prac Puławskiego, które temu skromnemu lekarzowi prowincjonalnemu zapewniły imię w medycynie polskiej. Rozległe doświadczenie własne dało P-mu możność zabrania głosu na I. zjeździe pedjatrów polskich w Warszawie (8. i 9. września r. z.) w sprawie reinjekcji surowicy przeciwbłoniczej na podstawie spostrzeżeń własnych, zebranych w ciągu lat 27 (Pol. Gaz. Lek. 1922 Nr. 37.). P. spostrzegał 99 przypadków po reinjekcji, które poddał szczegółowej i gruntownej analizie, co Mu zjednało uznanie uczestników Zjazdu i wywołało pochlebną dla Niego dyskusję.

Zmarłemu leżała zawsze na sercu sprawa higjeny ludu, czemu dał wyraz w referatach, wygłaszanych na Zjazdach Higjenistów w Lublinie, Kaliszu i Lwowie (Zdrowie 1912, Przegl. Hyg. 1914). W uznaniu zasług na polu hygjeny i lecznictwa P. został powołany na członka czynnego Rady Lekarskiej Państwa Polskiego. Nieprawdą jest, powiada W. Biegański w swoich Aforyzmach o Etyce lekarskiej (IV—13), że człowiek kształcić i rozwijać swój umysł może tylko przy ołtarzu nauki. Nieraz ci, co stoją w kruchcie kościelnej, szczerzej i goręcej się modlą, aniżeli ci, co stoją przy ołtarzu. Tak samo i w świątyni nauki nie muzea, nie pracownie stanowią o wynikach naukowych, lecz ludzie, ich zdolności, a przedewszystkiem gorąca chęć kształcenia się i zamiłowania do nauki. Żywym przykładem tych słów było życie i praca tego zacnego Kolegi. Cześć Jego pamięci.

P.

Wiadomości bieżące.

Lwów.

Związek lekarzy dentystów, na dorocznem Walnem Zgromadzeniu, odbytem dnia 24 marca br., wybrał na rok administracyjny 1923 Wydział w składzie następującym: Przewodniczący: Dr. H. Allerhand, Zastępca przewodniczącego: Dr. P. Szadkowski. Członkowie Wydziału: Drowie K. Atlas, H. Berger, J. Schmar, W. Szafran; Komisja Rewizyjna: Dr. H. Gorczyński, J. Owiński. Sąd Polubowny: Drowie: J. Bereźnicki, A. Fried, S. Fuchs, H. Gorczyński, M. Senensieb. Adres dla korespondencji: Dr. Jan Schmar, sekretarz, Halicka 19.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XI. Posiedzenie naukowe odbędzie się 13 kwietnia b. r. o godz. 6-ej pop. według nast. porządku: a) Pokazy b) kol. Schilling-Siengalewicz: Badania doświadczalne nad zachowaniem się płynu mózgowo-rdzeniowego i splotu naczyniówki mózgowej pod wpływem ostrych zatruć wywołanych arsenem i tlenkiem węgla (wykład). *W. Janusz* sekretarz, *J. Zieliński* przewodniczący.

Ze świata.

I. Zjazd czecho-słowacki przeciwgruźliczy odbędzie się w Pradze w Zielone Święta br. Przewodniczącym Zjazdu będzie prof. Dr. W. Syllaba, sekretarzem generalnym Dr. Otokar Horak. Prace Zjazdu podzielono na trzy sekcje: I. Sekcja teoretyczno-kliniczna. II. Sekcja higjeny społecznej. III. Sekcja weterynarji. Omawiane będą następujące tematy: 1. Stosunek gruźlicy wieku dziecięcego do gruźlicy dorosłych. 2. Leczenie gruźlicy. 3. Społeczne leczenie gruźlicy w Republice czecho-słowackiej. 4. Społeczne przyczyny gruźlicy w Czecho-Słowacji. 5. Gruźlica zwierzęca a ludzka. 6. Postacie kliniczne gruźlicy zwierzęcej w szczególności gruźlicy bydła, jej rozpoznawanie, leczenie i tłumienie. 7. Środki przeciw szerzeniu się gruźlicy przez spożywanie mięsa, mleka i jego przetworów. 8. Policja weterynaryjna w zagadnieniach o gruźlicy. Adres Biura Zjazdu: Praga II. Vladislavova 14.

Sprostowanie: Od zastępcy praw. Okręgowego Związku Kas chorych w Krakowie otrzymujemy następujące pismo z prośbą o umieszczenie. »Nr. 6. z dnia 11. lutego 1923 r. Polskiej Gazety Lekarskiej w artykule: Sprawy zawodowe — Związek Lekarzy P. P. Okręg Małopolski w Krakowie — Protokół 233 posiedzenia Wydziału z dnia 12. stycznia 1923 r. znajduje się zdanie: Dr. Żydłowicz odczytuje treść pisma wysłanego do Okręgowego Związku Kas Chorych w Krakowie w sprawie nieporządków w Powiatowej Kasie Chorych w Białej w stosunku do lekarzy. Wobec tego Zarząd Okręgowego Związku Kas Chorych w Krakowie oświadcza: Nieprawdą jest, aby w Powiatowej Kasie Chorych w Białej panowały w jakimkolwiek kierunku, a więc i w stosunku do lekarzy, nieporządki. Dochodzenia bowiem, przeprowadzone przez Zarząd Okręgowego Związku Kas Chorych na zażalenie wniesione przez Związek lekarzy okazały zupełną bezpodstawność, a ponadto wszyscy pp. lekarze kasowi oświadczyli, iż ani nie prosili Związku Lekarzy o interwencję, ani informacji »w sprawie nieporządków« nie dawali.

Pismo to brzmi dosłownie: Do Świetnego Zarządu Powiatowej Kasy Chorych w Białej. Niżej podpisani oświadczamy, iż żaden z nas organizacji lekarskiej w Krakowie obecnie do pośrednictwa w sprawie stosunków naszych do Zarządu Powiatowej Kasy w Białej nie wzywał ani informacji nie dawał. Biała, dnia 27. stycznia 1923 r. — Dr. Juljusz Sroczyński m. p. Dr. Steur m. p. — Dr. Jampel m. p. — Dr. Dadler m. p. — Dr. Kwieciński m. p. — Dr. Macher m. p.

OD ADMINISTRACJI.

Stały wzrost cen papieru i druku w związku ze spadkiem waluty zmusza nas do podwyższania ceny naszego organu, dostosowując ją do kosztów nakładu.

W ostatnim kwartale cena papieru wzrosła o 190%, druku 127%, introligatora 100%, porto 100% a i w dalszym ciągu jest przewidywana zwyżka 50% miesięczna. Jesteśmy zmuszeni zatem podnieść prenumeratę Gazety Lekarskiej za II kwartał na 70.000 Mp., dla członków Tow. Lekarskiego na 60.000 Mp

Administracja uprasza o nadsyłanie prenumeraty najpóźniej w pierwszej połowie każdego kwartału, albowiem brak gotówki uniemożliwia wcześniejsze zakupno papieru i w ten sposób naraża nas na znaczne straty.